

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUX, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE
CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL
ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME
L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MENKLEN
MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT,
J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VI

N° 8-9. — Août-Septembre 1895

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCXCV

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

Maladies
des
VOIES URINAIRES

CAPSULES

DE

SANTAL BRETONNEAU

CYSTITES
DÉCOMP. AMMON.

Ces Capsules contiennent 0.40 d'Essence de Santal authentique et pure. — Elles méritent toute la confiance des médecins par leur efficacité certaine et l'absence de tout inconvénient. Elles ne donnent jamais ni diarrhée ni maux d'estomac. C'est avec ces Capsules qu'ont été faits les premiers essais d'application du Santal par les D^{rs} PANAS, DOLEBAU.

Société de Chirurgie, 20 Septembre 1886.

Pharmacie CADET-GASSICOURT, 6, Rue Marengo, PARIS.

SAVONS MÉDICINAUX de A. MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la dens.

SAVON Pheniqué... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Borate... à 10%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Thymol... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON à l'Ichthyol... à 10%, de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Borique... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Salol... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Sublimé à 1%, ou 10%, de A. MOLLARD 18⁵ et 24⁵
SAVON Iodé (KI — 10 %)... de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Sulfureux typique de A. MOLLARD 12⁵ et 24⁵
SAVON au Goudron de Norwège de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Glycérine..... de A. MOLLARD 12⁵

Se vendent en boîtes de 1/4 et de 1/2 DOUZAINES AVEC
 25 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS TRAITEMENT HYPODERMIQUE

Biiodure injectable de Roussel, Solution limpide de Biiodure d'Hydrargyre dans l'huile Eucalyptée.

Chaque centimètre cube contient deux milligrammes de Biiodure.

Laboratoire hypodermique, SCEAUX (Seine) toutes pharmacies.

LE SACCHAROLE de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE — RECONSTITUANT — FÉBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloidiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'extract de quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extract.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Prix du Flacon** représentant 20 grammes d'Extract : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. **DOSE** : Un verre à liqueur à chaque repas.

Pharmacien de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris

VIGIER, Ph^{ie} CHARLARD, 112, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

ent

le
de

es
is,

la
té

rs

ES
ON^{es}
tent
con-
ules
U.
1866.

MITQU

. So
argy

: mil

(eine)

ER

les an
d'extr
s les p
fé com
franc
ne rep



TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA PLURALITÉ DES TRICHOPHYTONS

Par **V. Mibelli**,

Professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Parme.

Au cours de l'année passée, il m'arriva d'observer deux très beaux exemples de trichophytie blépharo-ciliaire (*Monatshefte für prakt. Dermat.*, B.XIX, n° 11, résumé, *ibid.*, p. 594, n° 6, juin 1895). Et dans ces cas l'étude proprement clinique d'une localisation si rare me sembla moins intéressante que la recherche de son origine. Peut-être cette localisation dépendait-elle d'une espèce ou variété trichophytique particulière, suivant la doctrine récemment énoncée de la pluralité trichophytique ?

Cependant, soit en raison des difficultés du cas particulier, soit à cause de l'indocilité des malades qui ne favorisait pas ce genre de recherches, il me fut impossible d'obtenir de ces cas des cultures démonstratives.

Je ne pus donc avoir de leur origine que des preuves indirectes qui tendaient à incriminer une origine animale. Je crus pouvoir attribuer à cette origine animale une grande importance dans la localisation de la maladie au bord libre des paupières, et aux poils qui les garnissaient.

L'histoire anamnestique me conduisait à une telle conclusion (et dans un cas en particulier elle était digne de grande considération). Cette hypothèse était appuyée en outre par l'aspect clinique même et le développement des lésions.

En effet, la lésion des paupières était une véritable bléharite avec tendance à la formation d'orgeolets. Ailleurs, comme à la tête, au visage, les manifestations trichophytiques étaient d'un développement rapide et d'un caractère inflammatoire très marqué.

On sait qu'il en est ainsi en effet quand l'infection trichophytique dérive directement d'un animal et non d'un homme.

A cette preuve purement clinique, j'étais désireux d'en ajouter d'autres fournies par l'étude microscopique des poils malades. Car d'après les conclusions des recherches de Sabouraud on devrait trouver une correspondance entre les particularités microscopiques d'un poil trichophytique et l'aspect spécial des cultures que ce poil permettra d'obtenir sur les milieux artificiels, de telle façon que l'examen microscopique permettrait d'établir « le diagnostic du type

mycosique, auquel appartient une teigne tondante quelconque » (1).

Comme il était naturel, je ne négligeai point cette recherche et je soumis méthodiquement, avec toutes précautions, à l'action de la potasse tous les cils malades qu'il me fut possible d'arracher aux deux patients. Le résultat de mon examen fut contraire à mon espoir.

Je croyais trouver un trichophyton « ectothrix » (qui pour Sabouraud est d'origine animale), je trouvai au contraire un trichophyton endothrix (origine humaine : Sabouraud).

Je ne pouvais donc joindre à mes observations le résultat de l'examen microscopique comme corroborant l'origine animale du trichophyton dans ces cas. Et comme cette origine animale me semblait suffisamment prouvée, surtout dans un cas, par l'histoire anamnestique, et que l'autre lui était identique en tous symptômes, je fus porté à mettre en doute la valeur diagnostique que Sabouraud attribue à l'examen microscopique.

Naturellement je dus me borner à l'expression d'un doute, car à des conclusions comme celles de Sabouraud, fondées sur un très riche matériel d'observations et trois ans de recherches, il eût été imprudent d'opposer une critique ne s'appuyant que sur l'étude de deux cas seulement.

Mais je voulus vérifier ce doute et chercher à expliquer les résultats contraires que j'avais obtenus d'une façon probante et s'accordant plus ou moins avec les règles établies par Sabouraud.

Pour y parvenir, je n'avais qu'un seul moyen, étudier le plus grand nombre possible de cas de trichophytie avec une méthode rigoureuse, soit du côté clinique, soit du côté histologique et mycologique.

Donc, au commencement de l'année scolaire qui vient de finir, on commença dans mon laboratoire cette étude des trichophyties qui fut continuée sans interruption pendant une dizaine de mois environ.

Ce travail est encore en cours, confié à mon assistant M. le Dr Marius Pelagatti, lequel en publiera, en temps et lieu et par détail, tous les résultats.

Cependant comme certains résultats sont dès à présent hors de doute et qu'ils suffisent à m'expliquer ce que je voulais précisément éclaircir, je crois utile d'en dire quelques mots en ce bref mémoire.

J'en prends l'occasion, pour moi très charmante, d'exprimer mes plus vifs remerciements à M. Sabouraud qui avec la plus rare courtoisie et le plus grand empressement me donna toutes les explications que je lui demandai, évitant ainsi par une correspondance privée une série de difficultés et de malentendus qui autrement eussent pu conduire à d'inutiles polémiques.

(1) SABOURAUD. *Les trichophyties humaines*, p. 9.

Pour montrer si, et dans quelle mesure, mes propres recherches s'accordent avec les conclusions de M. Sabouraud, il est indispensable que je résume d'abord en peu de mots la partie fondamentale de son ouvrage,

M. Sabouraud affirme d'abord que la maladie connue en France sous le nom de *teigne tondante* peut être produite par des parasites différents, correspondant à des aspects cliniques différents.

Parmi les formes cliniques de la tondante, l'une fort commune à Paris se distinguerait nettement de toute autre comme une espèce morbide à part, et ce serait « la teigne à petits spores » produite par un champignon particulier : « le microsporum Audouini » qui ne serait pas un trichophyton.

Toutes les autres formes au contraire seraient produites par des champignons appartenant tous au genre trichophyton, mais d'espèces diverses, suivant les cas.

Donc, pour Sabouraud, parmi les teignes tondantes il y aurait une entité morbide non trichophytique et plusieurs autres trichophytiques. Ces dernières seules mériteraient le nom universellement adopté de trichophyties.

D'autre part, s'appuyant sur trois sources d'informations différentes : 1^o aspect clinique, 2^o examen microscopique des poils malades, 3^o aspect, forme et examen microscopique des cultures obtenues avec les mêmes cheveux ou poils, Sabouraud établit aussi qu'au milieu du polymorphisme clinique des trichophyties on doit reconnaître parmi elles deux types différents.

Les trichophyties d'un premier type se distinguent non seulement par des caractéristiques cliniques et culturelles, mais aussi au point de vue microscopique parce que dans le poil malade le parasite est composé de grandes spores agminées en filaments, *toutes exclusivement contenues dans l'intérieur du cheveu* (endothrix).

Celles de l'autre type se distinguent encore par leurs caractères cliniques et leurs caractères de culture, mais aussi par l'observation du poil malade qui montre des spores grosses, agminées en filaments et *situées hors du cheveu, à sa base entre la racine et la gaine radiculaire* (T. ectothrix).

L'examen microscopique des poils malades sert à faire reconnaître :

1^o La dimension des éléments parasitaires ;

2^o La forme et le mode d'agmination de ces éléments entre eux.

3^o L'habitat du parasite. Et M. Sabouraud lui donne une grande importance, car l'expérience lui a démontré que l'aspect est constamment identique dans tous les cheveux d'une même tête, et qu'il existe une parfaite correspondance entre le détail morphologique d'un parasite et sa culture, en sorte que le seul examen microscopique de quelques

cheveux suffit à établir la diagnose extemporanée du type et même aussi quelquefois de l'espèce du trichophyton.

Après avoir distingué deux types différents de trichophytie ayant chacune un parasite d'habitat spécial, *endothrix* dans l'un, *ectothrix* dans l'autre, Sabouraud trouva en outre que tous les trichophytons *endothrix* ont une origine humaine et les *ectothrix* une origine animale. Parmi les trichophytons du premier groupe (*endothrix* : origine humaine) il distingue plusieurs espèces, deux principales :

1° Un trichophyton à mycélium résistant et à cultures cratéri-formes jaunâtres ;

2° Un trichophyton à mycélium fragile et à cultures acuminées. Ces deux espèces et surtout la première, sont celles que l'on rencontre à Paris dans la tondante trichophytique vulgaire de l'enfant, en sorte que le *trichophyton endothrix* à mycélium résistant et à culture cratéri-forme est le trichophyton banal de la trichophytie *capitis* de la ville de Paris et représente en outre le type le plus perfectionné du trichophyton rigoureusement *endothrix*, d'origine humaine certaine.

Quant aux espèces du second groupe, les trichophytons tous *ectothrix* (origine animale), elles se rencontrent beaucoup moins fréquemment que les espèces *endothrix* dans les trichophyties humaines à Paris. Leur multiplicité au contraire, comme espèces diverses, est beaucoup plus considérable.

En persévérant dans ces recherches, on en rencontre indéfiniment quelque espèce nouvelle et leur nombre ne saurait être défini.

Cependant, pour ces espèces *ectothrix*, la loi reste vraie de la parfaite similitude de tous les poils, ou cheveux malades d'une même tête. On vérifie seulement une variété indéfinie dans les caractères de cultures *d'un cas à l'autre*.

Toutefois, même parmi les trichophytons *ectothrix*, Sabouraud en trouve un qui est le plus fréquent, le trichophyton pyogène à culture blanche du cheval qui représenterait (avec ses semblables, pyogènes à cultures blanches) le type le plus parfait de trichophyton *ectothrix*, de la même façon que le trichophyton à mycélium résistant est le type des *endothrix*.

Pour résumer en peu de mots les conclusions de M. Sabouraud :

1° Il sépare nettement des trichophyties une espèce spéciale avec le nom de « tondante à petites spores ou teigne de Gruby » et démontre la pluralité des trichophytons.

2° Il trouve une correspondance exacte entre telle espèce trichophytique, spécialement entre tel type d'origine humaine ou animale avec telle forme clinique.

3° Il donne le moyen par l'examen microscopique du cheveu ou du poil de diagnostiquer le type trichophytique de l'espèce causale, d'établir dans une certaine mesure son pronostic et son traitement.

Les recherches exécutées dans mon laboratoire ont commencé par étudier des cas de trichophytie de la ville et de la campagne existant soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, avec toute localisation quelconque.

Leur nombre total fut de 28 et se divise ainsi qu'il suit :

1° Tondantes.	18
2° Trichophyties pilaires de la barbe.	7
3° Trichophyties épidermiques circinées.	2
4° Trichophytie unguéale.	1
Total.	28

De ces 28 malades, certains présentaient, comme nous le dirons plus loin, diverses localisations trichophytiques concomitantes. C'est la lésion à laquelle on a emprunté les éléments de culture qui a fourni la place de ces cas dans le tableau précédent.

Chaque cas a fait le sujet d'une étude méthodique comprenant :
1° L'étude anamnestique et la description exacte de la lésion.

2° L'étude microscopique des poils, ou des écailles épidermiques ou des fragments de l'ongle, suivant le cas, en conservant pour chaque cas des préparations histologiques permanentes.

3° La culture sur les milieux nutritifs artificiels.

Pour les recherches microscopiques, nous nous sommes servi constamment de la solution de potasse à 40 p. 100 en la chauffant plus ou moins, suivant le cas. Cette première opération était suivie d'un lavage abondant à l'eau, et nous avons trouvé moyen d'exécuter ces difficiles et délicates préparations sans toucher nullement les poils, ni avec des aiguilles, ni avec des spatules, pour ne pas les déchirer.

En ce qui concerne les cultures, nous avons adopté, comme milieux fertiles, la pomme de terre, l'agar-agar peptonisé avec addition soit de mannite, soit de maltose, prenant comme type la formule connue de Sabouraud :

Milieu d'épreuve : Eau.	100,00.
Agar-agar.	1,30.
Peptone.	0,50.
Maltose.	3,80.

à laquelle nous avons fait, comme on le dira mieux dans la suite, de légères modifications, suivant les circonstances. Comme vases de culture, nous avons utilisé non seulement les tubes vulgaires, mais les boîtes de Král et les fioles d'Erlenmeyer. Les cultures étant maintenues à la température de 19-20° C.

Nous avons toujours fait sur des tubes les premiers ensemencements, soit des poils, soit des écailles épidermiques, soit des fragments d'ongle malade. Nous avons constamment obtenu le développement des colonies du parasite causal libre de toute souillure

accidentelle, pouvant fournir la semence pour des réensemencements successifs.

Le premier résultat de ces recherches, résultat toujours confirmé par les recherches subséquentes, a été déjà publié dans le numéro d'avril de ces Annales, dans une lettre par moi adressée à M. Sabouraud et dont il voulut bien donner lecture à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris (*Annales de Dermat.*, 1895, n° 4).

Aucun de mes malades atteints de tondante ne m'a présenté le tableau clinique spécial et caractéristique de la « teigne à petites spores » (Gruby-Sabouraud), espèce si commune à Paris.

Dans tous les examens microscopiques que j'ai faits et répétés sur les cheveux ou poils malades, jamais je n'ai rencontré, ni relativement à la dimension ou à la forme, ni quant au mode d'agmination des éléments parasitaires, ni quant au mode de distribution de ces éléments sur le cheveu, ces caractères distincts que M. Sabouraud décrit comme des attributs constants d'un champignon spécifiquement différent des trichophytons; de ce champignon qu'il considère comme l'ancien « *microsporum Audouïni* » décrit par M. Gruby et qu'il a toujours trouvé dans cette forme clinique à laquelle il a donné le nom de « tondante à petites spores ».

Enfin aucune de mes cultures ne m'a jamais montré de colonies qui ressemblaient à celles que M. Sabouraud a constamment obtenues dans cette forme spéciale de tondante.

M. Sabouraud a bien voulu m'envoyer des échantillons de culture de son *microsporum Audouïni*, dont j'ai pu obtenir de nouvelles cultures, sur les mêmes milieux nutritifs préparés dans mon laboratoire. J'ai pu ainsi me convaincre encore mieux, par d'opportunes comparaisons avec mes cultures trichophytiques, qu'il s'agit bien réellement d'un parasite tout à fait différent de tous ceux que la culture des cas de trichophytie soumis à mes observations me fournissait. Et cette opinion s'appuie non pas tant et seulement sur le différent aspect des colonies adultes que sur la manière différente dont leurs premières phases de développement se présentent à l'observation.

De plus, M. Sabouraud avait eu aussi l'idée heureuse de m'envoyer des milliers de cheveux malades atteints de son *microsporon*.

Après avoir appliqué sur la tête d'un petit malade une couche épaisse de collodion riciné, il la détacha tout d'une pièce, emportant avec elle les cheveux malades. Il m'expédia alors ce riche matériel d'études d'après lequel j'ai pu faire un très grand nombre de préparations.

Par l'examen de ces préparations, je pus me convaincre sans beaucoup de peine qu'il s'agissait là d'un sujet d'observation entièrement nouveau pour moi.

La différence entre l'aspect de ces cheveux et celui que l'examen de centaines de cas de tondante trichophytique m'avait rendu si familier en onze ans de pratique, me sembla si frappante que je n'hésitai point à confesser à M. Sabouraud que je n'avais jamais observé de cas semblable. Après quatre mois de délai, je n'ai pas une seule raison pour me dédire aujourd'hui.

Je crois n'avoir jamais observé un seul cas de cette teigne spéciale, ni à Sienne, ni à Cagliari, ni à Parme, où j'ai toujours vu un grand nombre d'enfants teigneux.

A plus forte raison puis-je certifier avec fondement que dans aucun des 28 cas étudiés pendant cette année-ci, avec un but déterminé, il ne pouvait être question de la teigne spéciale de Gruby et du *microsporum* Audouini son parasite.

Mon observation personnelle sur ce point n'est pas suffisante pour m'autoriser à dire avec Sabouraud que ce *microsporum* Audouini n'est point un trichophyton. Cependant, d'après ce que j'ai vu, je dois reconnaître qu'il se présente avec des caractères purement différents des formes de trichophyton que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans mes recherches. De ceci, il semble qu'on puisse déduire que ce parasite n'existe pas en certaines régions de l'Italie, particulièrement dans la province de Parme.

C'est dire également — par corollaire — que dans les 28 cas étudiés jusqu'à présent dans mon laboratoire on a toujours rencontré soit dans l'examen histologique, soit dans les cultures, un champignon sur la nature trichophytique duquel ne pouvait tomber aucun doute.

Cependant, parmi les 28 cas étudiés, nous avons rencontré les localisations trichophytiques les plus différentes. Même avec des localisations identiques nous avons vu d'un cas à l'autre des différences très remarquables quant à la forme clinique de la maladie. Mais ce qui doit nous occuper ici davantage c'est que nous avons obtenu d'un cas à l'autre des cultures très différentes.

Il s'agit donc maintenant de voir si cette différence dans les caractères de cultures que les différents cas nous ont fournis sont de simples manifestations de ce pléomorphisme ou polymorphisme que quelques observateurs ont attribué au trichophyton, ou si elles témoignent de l'existence de véritables et propres espèces différentes du genre trichophyton, qui existeraient en nature, en dehors de toute modification que pouvait introduire en elles les différentes conditions de leur reproduction expérimentale.

Pour rendre plus simple le dépouillement de nos résultats et pour montrer avec plus de clarté à quelle conclusion ils nous conduisent nécessairement, je puis résumer ainsi le résultat fondamental de nos recherches.

Parmi les 28 cas que nous avons étudiés, on peut faire une première

séparation nette en deux groupes distincts, puisqu'en effet le plus grand nombre d'entre eux (20 sur 28) a donné une culture *rouge violet*, tandis que les autres ont donné une culture d'un *blanc jaunâtre*, à l'exception d'un seul cas que l'on peut considérer à part et qui donna une culture *rose*.

Les cultures du premier groupe se distinguent principalement par leur couleur qui sur gélose maltosée est d'un rouge sombre, sur la gélose mannitée, violette, d'une couleur chargée rappelant celle de la *viola tricolor*.

Les cultures du deuxième groupe diffèrent des premières principalement en ceci qu'elles ne prennent jamais une couleur tendant au rouge ou au violet, mais qu'elles demeurent toujours blanchâtres.

Elles ne sont jamais d'un blanc de neige mais intermédiaire entre la couleur blanc jaunâtre et la couleur de la pâte de carton.

Pour être bref, j'appellerai les premières : cultures à type rouge violet ; les deuxièmes : cultures à type blanc jaunâtre. Mais il ne faut pas croire que pour établir cette nette séparation entre deux types différents nous nous soyons seulement appuyé sur des différences de couleur. A la vérité, cette différence est si grande qu'elle saute aux yeux avant tout autre caractère différentiel, même à une observation superficielle ; mais les autres caractères différentiels sont facilement appréciables et même sans les différences de couleur, ils suffiraient par eux seuls à faire la distinction des deux types différents que nous avons rencontrés. Ces caractères peuvent se résumer dans le tableau suivant :

I. — Cultures à type rouge violet.

1° Développement lent.

2° Face dorsale polie, luisante, qui (en milieu mannité) reste la même après plusieurs mois.

3° Pas de mycélium aérien.

4° Les colonies produisant des irradiations ou arborisations périphériques qui s'enfoncent dans le terrain nutritif et ne s'adossent jamais à découvert aux parois du verre.

5° Le diamètre d'une colonie ne dépasse jamais une limite assez restreinte.

II. — Cultures à type blanc jaunâtre.

1° Développement rapide.

2° Face dorsale sèche dès le commencement, terreuse, farineuse, opaque, qui devient toujours plus terreuse en vieillissant.

3° Mycélium aérien riche.

4° Ses colonies produisent plus ou moins des irradiations ou arborisations périphériques robustes qui restent, du moins en partie, à la surface du terrain nutritif et qui à la longue s'adossent à sec aux parois du verre.

5° Les colonies grandissent tellement qu'à la longue elles garnissent tout le fond des fioles d'Erlenmeyer (6, 7 centim. de diamètre).

Certains de ces caractères différentiels, comme la couleur, la rapidité de développement, l'aspect de la face dorsale, sont tels qu'ils peuvent être appréciés dès les premiers jours du réensemencement, et non seulement dans les cultures de réensemencement, mais dans les cultures mères, directement obtenues des cheveux malades.

Aussi dès la première semaine après l'ensemencement on peut diagnostiquer avec sécurité, pour chaque nouveau cas mis à l'étude, s'il appartient à l'un ou à l'autre type.

Ces caractères se conservent et s'affirment autant et plus dans les réensemencements. Nous les avons pratiqués jusqu'à la vingtième génération en plusieurs centaines de tubes. Jamais il ne nous est arrivé de voir une culture de l'un des types se modifier et se transformer en prenant les caractères de l'autre.

Plusieurs fois nous avons changé la composition du milieu nutritif. Maintes fois nous avons transporté nos cultures de l'agar-agar sur la pomme de terre. Et quand nous avons repris ces mêmes cultures en milieu différent pour les repiquer sur un milieu de composition constante, choisi par nous comme étalon, nous avons vu reparaitre partout les caractères spécifiques que la culture avait originellement.

Donc les deux types cultivés par nous se montrent irréductibles l'un à l'autre. Les différences culturales qui les distinguent et les caractérisent se poursuivent inaltérées à travers un nombre indéfini de générations successives. Et elles se poursuivent comme des différences véritablement spécifiques malgré des changements temporaires survenus dans leurs conditions d'existence.

Dès à présent nous croyons donc pouvoir affirmer — en nous joignant à Furthmann et Neebe, à Sabouraud, à Rosenbach — qu'il existe plusieurs espèces de trichophyton.

S'il est vrai que dans les 28 cas que nous étudîâmes, les cultures des deux types différents ont maintenu chacune leurs caractères spécifiques sans aucun commencement de transformation de l'un à l'autre, il faut dire que dans les innombrables réinoculations pratiquées pour chaque cas au laboratoire on a pu observer de temps en temps, dans l'un et dans l'autre des deux types, quelque changement soit dans la forme, soit dans le mode de développement, soit encore dans la couleur des colonies.

Ainsi, par exemple, les cultures filles issues d'une première du type rouge violet le plus caractérisé, ne se sont pas montrées dans les réensemencements successifs, toutes également et entièrement rouge violet. Quelquefois une culture s'est montrée moitié violette, moitié blanche, une autre d'un violet uniformément voilé (comme si sur une palette on eût ajouté au ton violet une minime quantité de blanc, pour lui donner une nuance particulière).

D'autres fois, enfin, mais par exception, on a obtenu des colonies

uniformément jaune verdâtre, laissant voir par transparence un noyau violet en leur centre.

Bien plus souvent dans les réensemencements du type rouge violet la couleur caractéristique de l'espèce a paru dès le premier jour, d'autres fois elle ne s'est manifestée qu'un peu plus tard, réussissant cependant à s'imposer doucement et complètement à la colonie.

D'autres fois nous avons obtenu des colonies à type rouge violet qui, après s'être longtemps conservées dans leur forme et leur couleur normale, ont commencé à montrer à leur surface des flocons d'un blanc de neige, formé de mycéliums aériens.

Le plus souvent enfin ces mêmes colonies, originaires violettes, ont été à la longue envahies par une végétation blanchâtre, qui née à la périphérie en forme d'anneau, se soulevait et s'avancait vers le centre de la colonie pour enfin en masquer définitivement la plus grande partie, sauf quelquefois l'acumination centrale.

Fréquemment aussi c'est d'un seul point ou de quelques points distincts de la colonie primitivement violette que partait la nouvelle végétation en se stratifiant sur la colonie antérieure ou en occupant un secteur du cercle.

Dans les cultures du second type, de semblables changements ont été observés, moins évidents à la vérité que dans les cultures du premier type en raison de la couleur si tranchée de celle-ci.

Mais là encore bien souvent nous avons vu, sur des colonies d'aspect poli et géométrique, régulièrement arrondies au fond d'une fiole d'Erlenmayer, naître et se développer ici et là de nouvelles végétations en forme de flocons de neige, qui peu à peu grandissaient, détruisaient la forme régulière de la colonie primitive et en recouvraient la couleur propre.

D'autres fois nous avons vu cette nouvelle végétation d'un blanc de neige s'étendre comme un voile, cacher toute la colonie en dépassant même ses limites de façon que toute la surface du milieu nutritif se recouvrait uniformément d'une poussière blanche, farineuse.

Les modifications dont nous venons de parler se produisaient fréquemment et subitement dans nos cultures, surtout dans les premiers mois de nos recherches. Elles sont apparues bien plus rarement quand nous eûmes commencé à faire de chaque cas un beaucoup plus grand nombre de réensemencements successifs à une semaine d'intervalle.

Ce fut en répétant les réensemencements en grand nombre et à de brefs intervalles que nous arrivâmes à obtenir des cultures absolument invariables.

Et ce fut par le même moyen que nous pûmes faire reprendre même aux cultures les plus altérées leurs caractères typiques, invariables.

Dans ce travail d'épuration très pénible nous avons toujours suivi

la méthode de sélection par le milieu nutritif dont les règles ont été établies par Sabouraud, c'est-à-dire que dans son milieu d'épreuve nous avons augmenté le chiffre proportionnel de la mannite ou de la maltose et diminué inversement le chiffre de la peptone.

En suivant cette méthode avec beaucoup de constance et de sévérité nous pûmes, comme je l'ai dit, obtenir des cultures typiques invariables et faire retourner à leur type celles qui avaient subi les modifications que nous avons contrôlées.

Je dois insister ici sur un point qui est une preuve de plus de la légitimité de nos conclusions : c'est que même dans les cultures qui ont subi les plus graves changements de couleur, de forme, ou d'aspect de leur surface, nous avons vu toujours survivre quelqu'un des caractères différentiels du type auquel elles appartenaient. *En sorte qu'emême dans les exemplaires les plus altérés et les plus difformes, il nous était toujours possible de reconnaître de prime abord et sans l'ombre d'une hésitation auquel des deux types ces cultures appartenaient, quelle que fût d'ailleurs leur origine.*

On peut se rendre compte ainsi et clairement pourquoi les modifications observées dans nos cultures, quelle que fût d'ailleurs leur raison d'être, n'étaient pas de nature à pouvoir faire varier en nous notre certitude désormais acquise de la fixité des caractères fondamentaux respectifs de chacun des deux types trichophytiques que nous avons rencontrés.

La dualité permanente de ces deux types, constatée par ces premières recherches, demeure un nouveau fait à l'appui de la doctrine de la pluralité des trichophytos.

Cependant nous devons chercher les causes de ces changements d'aspect observés parfois dans les cultures, et dont nous venons de parler. Ces changements, qui certainement ne peuvent provenir de contaminations accidentelles, seraient, pour les partisans de la doctrine uniciste, de simples phénomènes de pléomorphisme.

Suivant Krål, auteur très digne de foi en ce genre d'études, ce « pléomorphisme de culture » des hyphomycètes cutanés, où, comme il croit mieux dire : « ces variations de croissance et de forme » peuvent s'observer avec les méthodes les plus rigoureuses de séparation.

Même en partant d'une seule spore, on pourrait obtenir une série de colonies différentes entre elles. En partant de colonies d'aspect identique, mais conservées dans des conditions de vie différente, on pourrait obtenir des colonies très dissemblables. De mêmes résultats disparates seraient obtenus suivant que les réensemencements seraient pratiqués en partant d'une culture jeune ou d'une culture vieille.

Or nous n'avons point oublié tout cela, bien qu'il ne nous ait pas été donné d'observer de semblables choses. Mais nous avons dû nous

convaincre que nous observions deux trichophytons spécifiquement différents, quand nous avons vu dans un nombre de cas considérable qu'ils demeuraient toujours distincts, depuis les premiers jours de leur existence saprophyte sur les milieux artificiels, et ensuite pendant de longs mois à travers d'innombrables réensemencements pratiqués par nous dans des conditions différentes.

Nous aussi, nous croyons bien avoir observé quelqu'une des variations de forme et d'accroissement que M. Král attribuait audit pléomorphisme des hyphomycètes. Mais nous ne pouvons aucunement admettre que les variations dont nous avons parlé plus haut puissent être interprétées comme des phénomènes de pléomorphisme, parce que nous voyons en elles un phénomène beaucoup plus simple et plus facilement démontrable sur lequel M. Sabouraud a justement insisté, et dont il nous faut ici dire quelques mots.

M. Sabouraud, on le sait, croit que dans le poil et les écailles épidermiques, conjointement au trichophyton vivent (quoiqu'en proportion très modeste) d'autres espèces de champignons non trichophytiques; en d'autres termes il croit, pour les trichophytons, à un état de choses identique à celui que M. Král a décrit pour le genre *Achorion* dans les godets faviques.

Ces espèces cryptogamiques associées au trichophyton n'auraient, suivant Sabouraud, aucune action pathogène active, ils n'auraient dans la forme de la lésion trichophytique aucun rôle analogue à celui des associations bactériennes dans les infections mixtes, ils seraient sans nul effet propre semblable aux infections bactériennes secondaires.

Ces espèces associées se trouvent là où le trichophyton conduit son existence parasitaire, uniquement parce que cela leur est une condition favorable de développement. Ce sont les compagnons indivisibles du trichophyton, mais seulement associés à son existence ou, comme le dit Sabouraud : ses conviés ou ses commensaux.

Mais ces commensaux qui dans la vie parasitaire sont si rares qu'on ne les peut découvrir sûrement à l'examen microscopique des poils ou des écailles épidermiques malades, acquièrent une vie robuste dans les milieux nutritifs artificiels, en sorte que si l'on ne prend toutes les précautions nécessaires pour les éviter, on obtient des cultures de trichophyton, mais leurs cultures mélangées à celles de leurs commensaux.

Et ce sont précisément ces commensaux qui, en se développant quelquefois très tard, arrivent à modifier d'un coup l'aspect d'une culture que l'on considérerait comme la plus pure et la plus typique, en cachant tous ses caractères spécifiques.

Or l'existence de telles associations cryptogamiques, il nous semble en avoir eu la preuve positive dans les modifications que nous avons

observées dans nos cultures trichophytiques. Car nous voyions des cultures d'abord de forme régulière et d'aspect homogène se transformer ensuite de manière à se présenter comme des cultures mixtes. Principalement dans nos cultures rouge-violet, il était évident qu'il se développait avec le temps des germes intimement mélangés à elles, une nouvelle végétation qui s'avancait lentement et menaçait de les recouvrir.

Mais, qu'il s'agit dans ces cas de cultures mixtes, nous l'avons prouvé encore mieux, quand nous avons pu séparer d'elles dans des milieux de culture identiques des formes de champignon qui leur étaient étrangères et quand nous avons pu empêcher nos cultures violettes de subir ces altérations. — Nous y sommes parvenu par de très nombreux réensemencements des cultures jeunes, et nous avons pu ainsi reconduire à leur type primitif *invariable* les cultures les plus souillées — par le simple moyen de la sélection par le milieu de culture.

Donc nous croyons que la doctrine de Sabouraud sur les associations cryptogamiques des trichophyton reçoit, même de nos recherches actuelles, une confirmation complète. Cette doctrine résout plusieurs difficultés. De la manière dont Sabouraud l'a traitée et développée, elle constitue l'un des pivots de la démonstration de la pluralité des trichophyton.

C'est pour toutes ces raisons que nous voulons mettre en évidence une circonstance de fait très importante : c'est que, malgré les modifications que nous avons pu observer dans une partie de nos cultures, il ne nous est jamais arrivé de voir entre les milliers de tubes ensemencés, un seul exemple de cette transformation si grave d'une culture à type rouge-violet devenue méconnaissable au point de pouvoir être confondue avec celle du second type.

Quelle que soit l'explication que l'on veuille donner aux variations de culture, vérifiées par nous, nous avons donc raison de soutenir que nous avons isolé des espèces trichophytiques différentes.

*
* *

Jusqu'ici, nous n'avons étudié les trichophyton qu'au point de vue purement scientifique, nous allons maintenant les considérer à un second point de vue, le point de vue pratique.

Nous devons rechercher si, aux différentes espèces de trichophyton que les cultures nous ont fait connaître, correspondent les modalités cliniques de la maladie, soit au point de vue de la symptomatologie objective, soit au point de vue de la gravité majeure ou mineure, ou de la curabilité, soit enfin au point de vue des régions différentes du territoire cutané qui peuvent être atteintes.

Cet examen paraît d'autant plus opportun que Sabouraud, après avoir affirmé à diverses reprises cette corrélation constante entre la forme clinique et l'espèce qui la produit, et après avoir dit presque axiomatiquement que le polymorphisme clinique des trichophyties cutanées dépend de la multiplicité des trichophytons, n'oublie pas de faire des réserves prudentes à ce propos :

« D'abord il serait prématuré parce que le rapport de telle espèce trichophytique à telle lésion est chose prouvée, il serait prématuré, dis-je, d'étendre cette règle à toutes les espèces trichophytiques pour qui la même preuve n'est encore pas fournie. » D'autant que « même pour celles qui apparaissent comme le plus hautement spécifiques, il ne faudrait énoncer le rapport entre l'espèce parasitaire et les caractères de sa lésion comme absolu et rigoureusement immuable ».

Dans notre étude, il nous est arrivé précisément de rencontrer dans la plupart des cas un trichophyton dont la rareté à Paris est extrême, et que pour cette raison M. Sabouraud a eu bien peu d'occasions d'étudier, un trichophyton pour lequel l'épreuve de la correspondance clinico-mycologique n'a pas encore été fournie. Aussi le résultat de nos recherches présente-t-il un intérêt spécial.

Des échantillons de nos cultures à type rouge-violet d'origines différentes ont été maintes fois envoyées à M. le D^r Sabouraud, et des comparaisons itérativement faites, il résulte que dans tous les cas il s'agissait bien d'une espèce unique de trichophyton, et des plus faciles à différencier, de celle-là même que dans la description de ses dix-neuf espèces (voir *Ann. Dermat.*, 1893, p. 116-138), il indique au numéro 5 comme trichophyton mégal. (du chien ?), si rare à Paris que pendant trois années de recherches très actives, elle ne fut observée que sept fois sur près de six cents malades mis en culture, soit sous forme d'herpès circiné, soit sous forme de tondante.

Or, sur dix-huit cas de trichophytie tondante que nous avons étudiés, dans quinze nous avons rencontré cette espèce trichophytique (rouge-violet). Dans les trois autres cas, il s'agissait au contraire de la culture du second type que nous distinguons par sa couleur blanc jaunâtre. Dans tous les échantillons provenant de ces trois derniers cas, Sabouraud a reconnu l'espèce qu'il désigne sous le nom de trichophyton endothrix à mycélium fragile, à culture acuminée, qu'il considère comme causant une forme clinique particulière de tondante, la tondante qu'il appelle « peladoïde ».

Aucun des cas étudiés par nous n'a donc fourni le trichophyton endothrix, à mycélium résistant, à culture cratériforme que Sabouraud rencontre de beaucoup le plus communément à Paris et qu'il considère comme le type des endothrix (origine humaine).

Au point de vue clinique, nos quinze cas de tondante à culture rouge-violet se ressemblaient tous entre eux, sauf des différences

insignifiantes ; on pouvait sans obstacle les réunir à une seule forme clinique, à cette forme décrite par Sabouraud sous le nom de peladoïde, dont la principale caractéristique est donnée par ces points noirs bien connus, ressemblant à des grains de poudre de chasse, qui sont enchâssés dans l'orifice des follicules et sont constitués par des racines tordues et cachées entre les écailles épidermiques.

Pour les 3 cas qui ont fourni les cultures blanc jaunâtre, du trichophyton à culture acuminée à mycélium fragile de Sabouraud, je devrais dire que les tondantes ne différaient des précédentes qu'en ce fait que les points noirs étaient chez elles beaucoup moins évidents, mais je crois plus prudent de ne point m'attarder à leur aspect objectif, car elles avaient déjà été soignées quand nous les vîmes pour la première fois ; elles avaient subi de ce fait des altérations objectives irrémédiables.

Ne parlant donc que des quinze cas de tondante à culture rouge-violet, nous pouvons déjà affirmer que cette espèce trichophytique détermine une tondante peladoïde ; et nous voyons ainsi que cette forme clinique qui semble être produite à Paris uniquement par le trich. endothrix à culture acuminée à mycélium fragile de Sabouraud peut être due à une autre espèce trichophytique substantiellement différente (qui dans la province de Parme se trouve être la plus fréquente : le trich. à culture rouge-violet).

C'est ici le lieu de rappeler que cette espèce rouge-violet nous l'avons retrouvée non seulement dans 15 tondantes, mais encore dans un cas de trichophytie exclusivement épidermique circonscrite sur le cou d'un enfant de 13 ans. C'était une plaque unique régulièrement ovale, sèche, à bords polis surélevés, légèrement écailleux.

Une autre petite fille de 10 ans nous a présenté un second cas : une tache semblable de trichophytie épidermique, sur le visage, près de l'arc zygomatique.

Nous avons vu ensuite la maladie gagner le cuir chevelu de la région temporale du même côté, ce fait nous a donc permis d'observer dès son début, le développement typique de la tondante peladoïde, d'où nous avons ensuite obtenu la même culture rouge-violet.

Cette même culture, nous l'avons obtenue d'un autre cas de trichophytie unguéale étendue à la plupart des doigts des mains, et dans ce cas la culture fut obtenue d'un follet très ténu arraché avec une écaille épidermique d'une tache du cou.

Nous l'avons encore obtenue, cette même culture, des fragments d'ongle trichophytique d'un jeune homme de 23 ans. Ce jeune homme présentait à la fois une trichophytie unguéale très grave et très étendue, avec de larges placards trichophytiques érythémato-écailleux du dos des mains ; enfin il était atteint en outre d'une trichophytie de la barbe d'abord exclusivement épidermique, qui envahit le poil par la suite.

Nous avons enfin rencontré cette même espèce trichophytique sur un homme de 22 ans et sur un autre de 48 qui tous deux présentaient un sycosis de la barbe. Chez le premier c'était une forme eczémato-impétigineuse avec quelques nodules sycosiques. Le second présentait au milieu de la joue gauche un placard unique, large comme une pièce de cinq francs, surélevé, du type de la folliculite suppurée avec infiltration profonde sous-jacente.

Nos observations démontrent donc que cette espèce trichophytique rouge-violet peut produire les formes cliniques les plus différentes de la trichophytie.

1° La tondante à forme peladoïde, très fréquente à Parme chez les enfants de tout âge. C'est-à-dire cette forme clinique que M. Sabouraud attribue à son trichophyton endothrix à mycélium fragile à culture acuminée.

2° La trichophytie épidermique circinée avec et sans envahissement des poils.

3° La trichophytie unguéale.

4° La trichophytie de la barbe, trichophytie pilaire, d'aspect et de gravité différents jusqu'au tableau typique du sycosis et de la folliculite agminée.

Donc les faits que nous venons d'énoncer ne peuvent pas nous persuader que « le rapport strict » que M. Sabouraud a trouvé pour quelques espèces « entre la forme cryptogamique définie et la lésion clinique objectivement différenciable » soit un fait général. Nos résultats ne tendraient donc pas à confirmer ce que M. Sabouraud se proposait de vérifier à l'avenir, c'est-à-dire : « qu'il y ait une correspondance absolue entre chaque trichophytie et chaque trichophyton ».

Passons à un autre point litigieux qui peut également intéresser la clinique. Je veux parler de la séparation que M. Sabouraud a établie entre deux types trichophytiques différents, l'un d'origine humaine, l'autre d'origine animale et à l'exacte correspondance qu'il trouve entre l'origine différente du trichophyton et son habitat dans le poil humain.

Vérifier ce principe admis par Sabouraud : que l'examen des poils malades fournit un moyen sûr de diagnostiquer en tous cas auquel des deux types trichophytiques fondamentaux appartient l'espèce de trichophyton en cause, a été, comme je l'ai dit déjà la raison première qui m'a poussé à entreprendre les présentes recherches.

Bien avant de m'adonner à l'étude méthodique des cultures, je m'étais demandé si une distinction existait réellement entre les trichophytons endothrix et ectothrix dans le sens établi par Sabouraud. Était-il réellement vrai que trichophyton endothrix veuille toujours dire trichophyton d'origine humaine ? et trichophyton ectothrix, d'origine animale ?

C'est pourquoi j'ai multiplié mes recherches sur ce point en y insistant avec une attention particulière.

Ces recherches m'ont conduit à contrôler en premier lieu une autre donnée que M. Sabouraud considère comme démontrée et qui est la base de ces déductions.

Pour lui, si l'on veut utiliser les données du microscope dans l'examen clinique, pour trouver les caractéristiques d'une espèce trichophytique quelconque, on ne doit pas les rechercher dans l'examen des squames épidermiques et de l'ongle qui montrent un même trichophyton sous des formes variables. On doit les rechercher dans le cheveu ou le poil trichophytique.

« Les cheveux d'une même tête, dit-il à la p. 64 de son ouvrage, « présentent un envahissement plus ou moins complet du parasite, « mais toujours un parasite de forme identique. » (Ceci, d'une façon générale); mais à la p. 89, en parlant des trichophytons ectothrix, il établit aussi pour eux : « leur similitude parfaite sur tous les poils et « cheveux malades d'une même tête », après avoir dit encore plus explicitement à la p. 77 (toujours à propos des ectothrix) : « La loi « que nous avons énoncée plus haut, d'après laquelle tous les poils « malades d'une même tête présentent un parasite identique, cette « loi reste toujours absolument et strictement vraie. »

Or, à moins que j'aie mal interprété l'idée du savant mycologiste, je suis forcé de dire que cette loi, du moins de la façon dont elle est énoncée, me semble un peu trop absolue; et c'est dans l'intérêt de la vérité qu'elle renferme, que je crois devoir faire cette observation.

Dans tous mes cas de tondante, j'ai toujours trouvé des cheveux dans lesquels le parasite se trouvait exclusivement dans l'intérieur de la cuticule du poil, sous forme de myriades de spores rondes agminées en chapelet, dans le sens de l'axe du poil, libres et flottantes au point fracturé du même poil.

Dans tous mes cas de tondante j'ai donc obtenu le tableau microscopique correspondant à celui que Sabouraud donne comme caractéristique de son *T. endothrix* à mycélium fragile.

Néanmoins, maintes fois il m'est arrivé (et cela seulement dans les cas qui me donnèrent des cultures rouge-violet), après avoir vérifié dans les cheveux cet habitat rigoureusement *endothrix* du trichophyton, de trouver sur d'autres cheveux de la même tête le même parasite avec un habitat et un aspect morphologique tout à fait différent.

Ici le trichophyton ne se bornait pas à remplir l'intérieur du poil, il dépassait son écorce et se plaçait entre le poil et sa gaine radiculaire. Et alors, en outre de ses chaînes de spores habituelles, sphériques et très régulières, on pouvait voir des filaments mycéliens plus ou moins longs, simples ou ramifiés, souvent sporulés à intervalles irréguliers, mêlés à des chaînes de spores très variées de forme et de dimension.

J'ai donc dû reconnaître qu'il s'agissait ici d'un trichophyton spécial, qui, soit au point de vue de la dimension de ses éléments, soit au point de vue de leur habitat, se comportait tantôt comme un endothrix, tantôt comme un ectothrix.

Donc les tondantes produites par ce trichophyton rouge-violet n'obéissent pas à la loi formulée par Sabouraud de la parfaite ressemblance morphologique du parasite dans tous les cheveux d'une même tête. Cette loi ne pourrait donc pas entrer d'une manière trop exclusive dans la pratique comme un élément sûr de diagnose, parce que même si tous les cheveux examinés dans un cas montraient un trichophyton rigoureusement endothrix à mycélium fragile, il serait toujours douteux que l'on ne pût trouver dans d'autres cheveux de la même tête le même trichophyton aussi au dehors du poil.

Je ne me cache pas aujourd'hui qu'une exacte séparation entre trichophyton endothrix et ectothrix, telle que je m'attendais à la vérifier lors de la publication de mon mémoire sur la trichophytie ciliaire, ne cadre pas avec le plus grand nombre des cas que l'on rencontre dans la pratique. En effet, ce trichophyton à culture rouge-violet au sens étymologique du mot, n'est ni endothrix ni ectothrix, ou il est, si l'on veut l'un et l'autre à la fois.

Et Sabouraud lui-même, qui a établi cette distinction, admet que, entre un trichophyton à mycélium résistant, qui est presque le seul à être rigoureusement *endothrix* et un trichophyton à culture blanche du cheval (trichophytie suppurée) qui est presque seul rigoureusement *ectothrix*, il y en a un grand nombre d'autres qui sont (*toujours au sens étymologique des mots*) à la fois *endo-* et *ectothrix*, et semblent l'être indifféremment.

Nos recherches tendent à confirmer cette manière de voir de notre éminent confrère parisien. Nous croyons donc bien devoir accepter la désignation de *T. endothrix* pour ceux qui sont *toujours exclusivement* endothrix, et de *T. ectothrix* pour tous les autres. Mais la question ne s'arrête pas toute ici; car nous avons vu que le même trichophyton (rouge-violet) se démontre *tantôt exclusivement endothrix*, tantôt *endo- et ectothrix à la fois* sur différents cheveux qu'on examine sur une seule et même tête malade. Et, si cela suffit pour pouvoir affirmer qu'il appartient au type des ectothrix de Sabouraud (ce que nous admettons sans difficulté), toutefois, ce que nous disons reste vrai: que l'examen microscopique dans le cas particulier de ce trichophyton, et de ceux qui lui ressemblent, peut conduire à des jugements erronés, quand il arrive par hasard (ce qui m'est arrivé maintes fois) que plusieurs préparations ne mettent sous les yeux que des cheveux habités par le trichophyton *seulement* à l'intérieur de leur écorce (1).

(1) A ce sujet, nous tenons à mettre bien en vue une donnée d'observation que

Il nous resterait maintenant à aborder une autre question. — La séparation des deux types endothrix et ectothrix des trichophyton, correspond-elle en effet dans tous les cas à une origine différente du parasite, humaine dans le premier cas, animale dans le second ?

Cette correspondance, qui est le côté pratique de la dite séparation, comme toute conclusion se basant sur une induction, demande à être contrôlée par de nouvelles observations, chaque fois que l'occasion s'en présentera. Et cela d'autant plus que Sabouraud lui-même n'a pas manqué de faire à ce sujet toutes réserves pour les espèces qu'il n'avait pas étudiées.

Mais malheureusement ces vérifications sont difficiles à faire, et Sabouraud lui-même, qui a persévéré pendant des années dans l'enquête la plus minutieuse pour connaître l'origine des espèces différentes de trichophyton qu'il a cultivées, n'est arrivé à la déceler sûrement que dans la minorité des cas.

Pour l'espèce rouge-violet, qui est si rare à Paris, il croit probable son origine animale ; mais il n'en a point obtenu jusqu'ici de preuve absolue. Et nous, qui l'avons observée si souvent, nous ne pouvons pas davantage être affirmatif sur ce point. Nous l'avons observée, soit sur des habitants de la ville, soit sur des campagnards, sur les riches et sur les pauvres, principalement sur des enfants fréquentant les écoles publiques de Parme, quelquefois aussi sous forme de petites épidémies. Nous avons pu vérifier qu'elle est très contagieuse d'un homme à l'autre, et qu'elle s'enracine sur le cuir chevelu, sur la barbe, sur les ongles, sur la peau glabre, si bien qu'elle produit les formes de trichophytie les plus tenaces et les plus réfractaires au traitement. D'ailleurs, ayant fait pour chaque cas l'enquête opportune, nous avons appris seulement pour un cas (*trich. de la barbe*) que la contagion provenait probablement d'une jeune jument (poulain).

Pour le moment donc, nous n'avons aucune démonstration qui nous permette de croire que ce trichophyton soit d'origine animale, et les faits positifs recueillis (diffusion, contagiosité, ténacité de la maladie chez l'homme) tendraient à prouver seulement qu'il s'agit là d'un trichophyton qui s'adapte bien à l'homme comme s'il était vraiment une espèce humaine.

Il est vrai, nous venons de le dire, qu'un de nos malades croyait

nous avons déjà mentionnée, et qui pourrait recevoir de nouvelles applications dans les recherches à venir. C'est que nous avons trouvé un trichophyton (rouge-violet) à culture acuminée, à mycé. fragile, et toutefois *ectothrix* dans le sens de Sabouraud, dans une tondante *peladoïde*, savoir : dans une forme qu'il attribue à l'un des deux trichophyton *endothrix* qu'il trouve fréquemment dans les tondantes des enfants (T. *endothrix* à mycé. fragile, à culture acuminée).

Or, cette circonstance pourrait, il me semble, aider M. Sabouraud à modifier sa manière de voir à cet égard.

tenir sa maladie d'une jument. Mais supposons que le fait soit vrai, cela ne suffirait pas pour en conclure que ce trichophyton soit d'origine équine; il démontrerait seulement que le même trichophyton peut vivre aussi bien sur le cheval que sur l'homme, qu'il est de siège indifférent de telle façon que son origine vraie resterait toujours discutable.

Mais, en dehors de ces hypothèses, ce qu'il faut dire jusqu'à plus ample informé, c'est que nous ne pouvons apporter nos nouvelles observations au sujet de ce trichophyton qui est ectothrix sans l'être d'une manière typique, comme corroborant l'opinion de Sabouraud, que tout trichophyton ectothrix est d'origine animale.

*
* *

L'incertitude où nous sommes forcé de rester à propos de l'origine de ce trichophyton nous fait rester incertain aussi à l'égard de l'étiologie des trichophyties de la barbe, dont nous tenons à dire quelques mots.

Nous savons que dans les trichophyties de la barbe, M. Sabouraud distingue nettement celles où l'épiderme seul est frappé, de celles où conjointement le poil lui-même est envahi. Il considère seulement les secondes comme les trichophyties spéciales, ou pilaires de la barbe. Dans le premier cas il trouve constamment un trichophyton d'origine humaine, dans le second un trichophyton d'origine animale. « Dans les trichophyties épidermiques du menton et des joues (page 184 de son ouvrage) comme dans les trichophyties épidermiques de la région sourcilière, il s'agit de trichophytie circinée (des régions glabres) ayant accidentellement pour siège une région pilaire » ; ce qui est prouvé par la culture qui dans les deux cas donne une espèce proprement humaine (endothrix). « Toutes les fois qu'il s'agit de trichophytie seulement épidermique de la barbe, c'était une espèce humaine qui causait la maladie ».

Je cite textuellement ce passage de l'ouvrage de Sabouraud, parce qu'il me semble que le lecteur pourrait être amené à croire que toute trichophytie circinée des régions glabres est pour l'auteur une trichophytie d'origine humaine, et que ce soit précisément une propriété des trichophytons humains d'attaquer l'épiderme des régions glabres. Tandis que c'est le contraire qui a lieu, ainsi que Sabouraud le déclare dans le même livre parlant des trichophyties accessoires des teigneux, nées secondairement au cours d'une tondante sur le malade lui-même ou sur les personnes de son entourage : « Si l'on élimine, dit-il (page 197), du total des trichophyties de la peau glabre toutes celles pour lesquelles il est facile de retrouver une filiation directe avec une tondante originelle, on sera surpris de voir que presque

« toutes les trichophyties de la peau glabre qui demeurent hors du premier groupe ont fourni des cultures de trichophytons animaux. Sans doute il arrive quelquefois de retrouver dans une trichophytie de la peau glabre de l'adulte un trichophyton de l'enfant, mais c'est là un fait exceptionnel. Aussi peut-on considérer :

« 1° Que les trichophytons endothrix (d'origine humaine) ne causent guère d'inoculations cutanées que dans un cercle très restreint autour des enfants atteints de teigne tondante.

« 2° Que la majorité des trichophyties de la peau glabre, chez l'homme et même la presque totalité de ces trichophyties (si l'on en excepte les inoculations accessoires des teigneux), sont dues à l'inoculation des trichophytons animaux. »

Ici donc pour éviter tout malentendu, il faut mettre bien en évidence que le fait naguère déclaré exceptionnel, d'un trichophyton épidermique d'origine humaine doit au contraire être considéré comme la règle absolue quand il s'agit de la localisation de la maladie aux régions pilaires du visage, sans envahissement du poil.

Pour surprenante que puisse paraître cette apparente contradiction, nous n'avons pas le droit de nous y opposer, quand elle s'appuie sur des données de fait; mais seulement, pour la comprendre, nous sommes autorisé à admettre à *priori* pour raison de logique : que s'il est vrai que les trichophyties épidermiques d'origine humaine soient exceptionnelles, les trichophyties *non pilaires* de la barbe doivent être elles-mêmes exceptionnelles.

Reste maintenant à voir si cette prévision se trouve vérifiée par les faits que nous avons observés. Pour moi, je dois avouer que mon opinion serait tout autre si je devais me baser seulement sur mes souvenirs cliniques antérieurs à ces études; mais je reconnais volontiers que mes observations antérieures ne peuvent avoir une grande valeur, parce que jadis on ne pouvait voir comme aujourd'hui l'intérêt de distinguer nettement une trichophytie pilaire d'une trichophytie non pilaire de la barbe. Je pourrais dire toutefois que cette année même il m'est arrivé de soigner trois cas bien sûrs de trichophytie simplement épidermique de la barbe sur huit qui présentaient avec l'envahissement épidermique l'envahissement pilaire — ce qui ne témoignerait vraiment pas de l'extrême rareté de la première forme. — Mais comme de ces trois cas je n'ai fait encore aucune culture, je crois devoir m'arrêter aux simples considérations que j'ai exposées, attendant que de nouvelles recherches viennent démontrer si cette trichophytie simplement épidermique de la barbe est vraiment rare et toujours occasionnée par des trichophytons d'origine humaine.

Pour le moment je suis forcé de m'en rapporter aux seuls huit cas de trichophyties véritablement pilaires, qui m'ont fourni un très bon et très intéressant matériel de cultures.

Ces huit cas de trichophytie pileaire de la barbe nous ont fourni trois espèces distinctes de trichophyton :

1° Le trichophyton à culture rose déjà mentionné;

2° Un trichophyton à culture jaune craquelée vermiculaire (Sabouraud);

3° Le trichophyton rouge-violet, celui-là même que nous avons trouvé dans les tondantes, dans les ongles, dans la peau glabre.

L'espèce à cultures roses correspond absolument à celle que M. Sabouraud a trouvée en trois cas de trichophytie pileaire sèche de la barbe et qu'il considéra comme identique à l'espèce déjà cultivée par MM. Mégnin et Duclaux, d'une trichophytie du coq.

Nous l'avons rencontrée chez un jeune étudiant de notre cours, atteint dans son pays de cette affection. Il venait de la province de Crémone.

Il convient d'insister sur ce fait que le seul de nos malades qui ne provenait pas de la province de Parme nous a fourni une culture différente de toutes les autres.

Ce jeune homme s'était déjà soigné avant que nous le vissions pour la première fois. Néanmoins nous pûmes vérifier l'habitat *ectothrix* du parasite dans quelques poils. Sa trichophytie était légère, peu étendue et de forme sèche. Aucun commémoratif ne put mettre sur la voie de son origine.

L'espèce jaune, craquelée, vermiculaire que nous avons cultivée, correspond à celle que M. Sabouraud a décrite sous ce nom, et qu'il a observée principalement dans une épidémie équine de la garnison d'Orléans.

Cette exacte similitude était de même certifiée par l'étude botanique de ce parasite. Cette espèce trichophytique étant la seule qui donne lieu à des ébauches de périthèque. Je ne dis rien de son habitat dans les poils, qui s'est démontré toujours *ectothrix*, ainsi que l'a dit Sabouraud.

Nous l'avons observé en quatre formes de trichophytie pileaire, toutes de forme légère et sans nodules sycosiques. Dans un cas, la lésion revêtait la forme d'un véritable herpès circiné. Même dans ces cas, nous ne pûmes recueillir aucune démonstration positive quant à leur origine.

Quant à l'espèce rouge-violet, nous l'avons en fait observée en trois cas, car notre malade qui nous fournit cette espèce de trichophytie unguéale était atteint en outre de trichophytie; de la barbe mais nous n'avons obtenu la culture des poils de la barbe que dans deux cas. Chez les deux malades, la forme était celle du sycosis; il s'agissait de campagnards dont l'un, nous l'avons dit, croyait avoir contracté sa maladie d'un poulain.

Nous pouvons faire apprécier plus facilement tous les résultats de nos cultures, nous les résumerons dans le tableau ci-joint :

Tondantes	18	{	3	endothrix à culture blanc jaunâtre (cultures acuminées).
Trichoph. unguéale.....		{	15	
Trichoph. circin. de la peau glabre.....		{	1	
		{	2	20 rouge-violet.
		{	2	
Trichoph. de la barbe.	7	{	4	cultures jaunes craquelées vermiculaires.
		{	1	rose (aviaire de Sabouraud) (ectothrix).
Total.....	28			

Ce tableau démontre : 1° que les deux espèces très communes à Paris, le trichophyton endothrix à mycélium résistant, à culture cratériforme d'une part, et le trichophyton ectothrix à culture blanche du cheval — n'ont pas été retrouvées dans la province de Parme ; 2° que l'espèce la plus commune ici est l'espèce rouge-violet, très rare à Paris ; 3° que ce trichophyton peut donner la tondante, la trichophytie unguéale et le sycosis.

Or ce dernier point a pour nous une certaine importance, car c'est la première fois qu'on trouve cette espèce dans l'ongle et dans les trichophyties pilaires de la barbe.

Pour croire à l'origine animale de ce trichophyton nous n'avons encore que la raison de présomption, de son habitat ectothrix (que nous avons vérifié de même dans les poils de la barbe) ; nous pourrions ajouter à cet argument le deuxième argument de présomption que nos recherches viennent de mettre en vue, à savoir son aptitude à donner des trichophyties pilaires de la barbe, qui par Sabouraud est exclusivement attribuée aux trichophytions d'origine animale.

Néanmoins nous ne croyons pas devoir nous appuyer sur ce genre d'argument, et cela d'autant plus qu'on pourrait inversement nous opposer ce fait que dans la grande majorité des cas nous avons retrouvé ce trichophyton rouge-violet précisément dans les tondantes des enfants, c'est-à-dire dans une forme de trichophytie qui est causée à Paris plus fréquemment par des espèces d'origine humaine.

Nous sommes donc forcé de nous arrêter ici, et d'attendre les résultats de nouvelles recherches, d'ailleurs en cours, avant d'établir décidément si cette nouvelle espèce de trichophyton capable de donner des trichophyties pilaires de la barbe est vraiment une espèce animale, conformément à ce que M. Sabouraud a déjà énoncé comme loi générale dans ces formes de trichophyties.

Pour le moment il nous suffit d'avoir vérifié par ces recherches personnelles les points fondamentaux de la doctrine de la pluralité des trichophytions, et d'avoir indiqué quelques-unes des difficultés qui

restent encore à écarter pour rendre acceptables et pratiquement applicables les données principales qui s'y rattachent.

Nous nous efforcerons par nos propres recherches d'approfondir et éliminer progressivement ces difficultés ; mais nous croyons qu'il serait bien utile, presque nécessaire que d'autres savants en d'autres pays procèdent à des recherches analogues. Les questions secondaires de la doctrine pourraient ainsi recevoir d'eux leur solution encore pendante.

OBSERVATIONS SUR LE PRÉSENT MÉMOIRE

De M. le professeur MIBELLI.

(SUR LA PLURALITÉ DES TRICHOPHYTONS)

Par R. Sabouraud.

Chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Je ne puis laisser passer le présent mémoire de M. le professeur Mibelli sans apporter à son sujet quelques observations qui seront brèves.

Ce travail se divise naturellement en deux parties : une première partie, expérimentale, remplie de faits positifs et comme telle pleine d'intérêt.

Il se termine par une partie de pure discussion à laquelle on pourrait peut-être faire le reproche d'être trop uniquement spéculative.

* *

MM. Mibelli et Pelagatti ont repris par le détail toutes les expériences que j'ai faites en 1892-1895, avec les mêmes méthodes techniques, pour l'examen microscopique et la culture : milieux de culture, composition chimique de ces milieux, vases de culture, méthodes de séparation des commensaux, etc...; aussi les résultats de leurs recherches sont-ils intégralement comparables à ceux que j'avais obtenus.

I. — Sur l'examen des cheveux, des préparations, des cultures de la *tondante à petites spores*, M. Mibelli reconnaît l'entité morbide que j'ai décrite et les caractères qui lui ont été attribués.

II. — Il vérifie l'absence totale de cette maladie, en Italie, ou au moins son extrême rareté, point important en ce qu'il éclaire bien des litiges antérieurs.

III. — Ensuite M. Mibelli retrouve quatre espèces trichophytiques que je connais, que j'ai cultivées, dont j'ai des exemplaires permanents dans ma collection.

IV. — Il retrouve sur ces espèces l'existence du *commensalisme*, cette pierre d'achoppement des travaux faits et à faire sur la question et il l'écarte de son chemin.

V. — Il établit ainsi la *pluralité des trichophyton*s, comme Neebe et Furthmann l'ont fait en Allemagne en 1891, comme j'ai cru le faire en France en 1892-1895.

C'est en cela que se résume la première partie — expérimentale — du mémoire. Elle prouve que les faits trouvés vrais en France le sont ailleurs. Je ne puis ici que remercier bien sincèrement M. le profes-

seur Mibelli d'une vérification qui reprend et établit à nouveau tant de faits importants.

Un contrôle aussi sérieux, aussi compétent, est toujours ce qu'un auteur doit souhaiter davantage. Et M. le professeur Mibelli sait déjà tout ce que je lui en ai de reconnaissance.

* *

En ce qui concerne la deuxième partie du travail, je la trouve trop uniquement spéculative, je l'ai dit; mais c'est là une critique bien générale.

De toute l'argumentation qu'elle renferme, je ne retiendrai que très peu de points et pour les discuter très brièvement.

1° M. Mibelli n'admet pas sans discussion la signification que j'ai donnée (il y a deux ans passés) au mot « *ectothrix* », parce que, et en quelque sorte malgré lui, il veut prendre ce mot dans un sens trop rigoureusement étymologique. Prises ainsi, toutes les dénominations sont critiquables. Faut-il faire le procès du jardinier qui a nommé le *rhododendron*, sous prétexte que cette plante n'est pas un rosier géant? Il faut admettre les mots spéciaux avec le sens que leur a donné leur auteur.

Jamais je n'ai prétendu que les trichophytons *ectothrix* habitassent exclusivement hors du poil. Mon premier texte et mes premières planches sur ce point (juin 1893, *Annales de Dermat.*), affirment au contraire et de la façon la plus nette que tous les *ectothrix* sont à la fois dans et hors le poil.

Le trichophyton rouge-violet est donc assurément un trichophyton *ectothrix*, à peu près aussi typique que le plus grand nombre d'entre eux.

Cette hypothèse admise, M. Mibelli s'étonne que quelques cheveux ne montrent pas la gaine parasitaire extérieure que présente le plus grand nombre des cheveux malades de la même tête.

Mais d'une part cette gaine s'arrête presque au niveau de l'orifice pileux et si le fragment du cheveu examiné est pris au-dessus d'elle on ne peut la rencontrer.

D'autre part, l'épilation du poil peut laisser la gaine adhérente au follicule. Ce sont là des hasards que l'examen minutieux corrige.

De plus, d'un poil à l'autre, cette gaine de spores enchainées peut être plus ou moins épaisse. Car « il y a entre des cheveux malades de la même tête des différences dans le degré de l'envahissement ».

Enfin quand je dis que deux cheveux parasités sont semblables, ce ne peut être qu'au sens admis pour ce mot en histoire naturelle.

En botanique, deux feuilles peuvent être symétriques sans que leurs nervures soient superposables.

2° En second lieu M. Mibelli croit pouvoir infirmer la loi de similitude des spores trichophytiques *dans le cheveu* parce qu'il trouve *hors du cheveu* des spores atypiques.

Mais en se reportant à ce que j'ai écrit sur les trichophytos ectothrix, on y peut lire la description des mycéliums non sporulés de leur gaine radiculaire (*Trich. humaines*, p. 77), et leur description est faite presque dans les mêmes termes que M. Mibelli emploie.

Ces rectifications faites, toute l'argumentation de M. Mibelli vient corroborer ce que j'ai dit :

α) Son trichophyton rouge-violet est un *ectothrix*.

β) Il en a tous les caractères morphologiques dans le poil et hors de lui.

γ) On le retrouve comme les *ectothrix* dans toutes les modalités de la trichophytie, y compris les *trichophyties de la barbe*.

Si M. Mibelli eût pu suivre le fil conducteur que lui offrait son malade campagnard, il eût vraisemblablement obtenu la culture de la jument... Car c'est bien ainsi que j'ai obtenu mes cultures directes des animaux.

Et c'est là ce que ce très intéressant mémoire laisse à faire, c'est l'étude des trichophytos des animaux *sur l'animal*. Jusque-là toute conclusion reste forcément suspendue ou entachée d'a priori.

Ainsi, par exemple, M. Mibelli suppose qu'un trichophyton peut passer de l'homme au cheval aussi facilement que du cheval à l'homme.

Mais si l'on conçoit sans peine qu'un palefrenier contracte la trichophytie du cheval qu'il panse, qu'il étrille, qu'il brosse et sur la couverture duquel il a passé mainte méridienne, on voit peut-être moins facilement le cheval prenant la trichophytie de son palefrenier.

Et c'est aussi ce que les faits expérimentaux démontrent.

Ainsi un seul cas de trichophytie animale est-il plus probant comme origine de la maladie humaine qu'on pourrait ne le penser tout d'abord.

Je m'arrête, parce que les faits en tout ceci ont plus d'importance que les paroles. Et je résume en terminant, le reproche général que j'adresserais à la seconde partie de ce remarquable travail.

Vouloir conclure sur tant de points en s'appuyant sur si peu de faits, serait nécessairement encore prématuré. L'information en la matière serait insuffisante, surtout en ce qui concerne les trichophytos animaux, et l'abondance de la dialectique ne suppléerait pas aux observations sur l'animal qui manquent encore.

Que M. le professeur Mibelli me pardonne cette critique légère, pardonnable je crois.

J'ai attendu d'avoir bactériologiquement analysé deux cents cas pour écrire ma première ligne sur le sujet. Et même alors, j'ai fait quelques erreurs que je trouve grosses aujourd'hui, maintenant qu'un nombre triple d'observations m'a plus amplement informé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MÉDICATION THYROIDIENNE
LE TRAITEMENT THYROIDIEN DU PSORIASIS (1)

Par le Dr **Georges Thibierge**.
Médecin des hôpitaux de Paris.

Les remarquables succès obtenus dans le traitement du myxœdème par la médication thyroïdienne, venant au moment où les sécrétions internes des divers parenchymes glandulaires excitent la curiosité des physiologistes et des médecins, ont amené à essayer cette médication dans un grand nombre d'affections. Dès maintenant, la liste est longue des maladies dans lesquelles elle a été tentée pour des raisons diverses, sur la foi de théories plus ou moins rationnelles, avec des résultats non moins divers. Tantôt on s'est basé, pour l'entreprendre, sur une connexion variable entre la maladie et l'organe thyroïdien; tantôt on a été guidé par les effets que, chez les myxœdémateux, il traduisait sur la circulation, la calorification, le système nerveux, la nutrition générale; tantôt encore sur les modifications si remarquables, que, chez ces mêmes malades, il entraînait dans l'état et les fonctions de la peau.

Observant que, dans l'athyroïdie myxœdémateuse, l'administration du corps thyroïde en nature ou des préparations thyroïdiennes provoque, sur le tégument externe, une desquamation plus ou moins prononcée, B. Bramwell (2) a cherché si dans les diverses dermatoses à type squameux la même médication n'amènerait pas, par exagération du processus épidermo-desquamatif, la guérison des lésions cutanées.

Les essais tentés dans des cas de psoriasis lui ayant donné des résultats remarquables, il a généralisé l'emploi de ce traitement et l'a appliqué aux lésions cutanées les plus variables, desquamatives comme l'ichtyose, la dermatite exfoliatrice; exsudatives comme l'eczéma, le pemphigus, voire même aux dermatoses à localisations plus profondes comme les lupus. Mais, pour lui, le psoriasis est resté la dermatose « par excellence » justiciable du traitement thyroïdien. A l'en croire, à la condition de traiter la maladie avec une suffisante énergie, une suffisante persévérance, on en est presque constamment maître (3).

Le psoriasis est trop fréquent, et, d'essence même, trop constamment récidivant, trop rebelle aux médications internes les plus variées

(1) Communication au Congrès français de médecine. 2^e Session. Bordeaux, août 1895.

(2) *British medical Association*. Congrès de Newcastle on Tyne, août 1893.

(3) *British Journal of Dermatology*, juillet 1894, p. 193.

pour que les faits avancés par B. Bramwell n'aient pas forcé l'attention des dermatologistes. Tout en conservant un certain scepticisme, bien justifié par l'expérience de chaque jour en matière de thérapeutique antipsoriasique, mais peut-être attirés par la nouveauté du sujet et par le côté mystérieux de l'influence du corps thyroïde sur l'économie et sur les fonctions cutanées, ils ont, principalement les dermatologistes anglais et américains, renouvelé les essais du clinicien d'Édimbourg : les résultats en ont été variables, ou pour mieux dire des plus divergents. La plupart de ces essais n'ont peut-être pas été, au moins à en juger par les termes des observations, menés avec une rigueur suffisante, au triple point de vue de la certitude du diagnostic, de la précision de l'expérience pendant laquelle des médications diverses, tant internes qu'externes, étaient associées au traitement thyroïdien et de l'appréciation des résultats obtenus.

Pendant que j'avais l'honneur de suppléer mon savant maître M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis, j'ai voulu reprendre ces expériences, avec la vigueur qui me paraissait nécessaire. Si je viens en exposer les résultats devant un Congrès de médecine, c'est que la thyroïdothérapie, dans toutes ses applications, est une question de thérapeutique toute d'actualité et qu'il y a intérêt à en comparer les effets généraux sur des sujets à corps thyroïde normal, bien portants en réalité, n'était leur affection cutanée, avec ceux observés chez des athyroïdiques ou des dysthyroïdiques comme sont les myxœdémateux, les goitreux ou les basedowiens. Ne peut-on pas, en effet, se demander si, au milieu des troubles généraux observés chez les myxœdémateux thyroïdophages, une part doit être faite aux troubles dus à la démyxœdématisation à côté de ceux produits par le thyroïdisme?

Mes essais ont porté sur 11 hommes atteints indubitablement de psoriasis typique. Tous appartenaient à la forme commune du psoriasis, peu ou prou arthropathique, à déterminations cutanées localisées : l'occasion m'a manqué de les faire porter sur les formes généralisées, pseudo-exanthématiques, primitivement ou secondairement, de la maladie (1).

Chez tous mes malades, j'ai administré le corps thyroïde en nature, frais, non cuit, coupé en tranches minces, donné dans du bouillon tiède. Cette pratique, que j'ai empruntée à mon collègue et ami le Dr P. Marie, m'a paru préférable à l'emploi de préparations pharmaceutiques : elle permet de s'assurer de la fraîcheur du médicament, de son authenticité (2). Elle est plus simple et met à l'abri des acci-

(1) Je laisse de côté un cas de pityriasis rubra pilaire, et un cas de lupus vulgaire, dans lequel, sur la foi des observations anglaises, j'ai cru devoir essayer la médication thyroïdienne.

(2) On sait que nombre de médecins ont cru administrer du corps thyroïde alors

dents locaux dus aux injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien.

Les glandes administrées chaque jour étaient pesées avec soin, leur poids enregistré : ce mode de dosage est préférable à celui qui consiste à compter le nombre de lobes ingérés. La pesée m'a montré en effet que, pour une même espèce animale, le poids d'un lobe peut varier du simple au double, parfois même au triple.

Les corps thyroïdes, qui m'étaient fournis par la boucherie des hôpitaux, provenaient toujours d'animaux sacrifiés le matin même.

Les ressources de la boucherie ne m'ont pas toujours permis d'administrer du corps thyroïde de mouton, l'animal préféré pour l'alimentation thyroïdienne; on m'a fourni plus d'une fois des glandes de veau : ce changement de provenance a toujours été signalé dans les observations.

Des variations des doses quotidiennes ont été parfois commandées par un certain degré d'intolérance digestive ou par l'intensité des phénomènes thyroïdiens, plus souvent par la quantité variable de tissu glandulaire mis à ma disposition. De même les interruptions dans le traitement ont été le fait d'un léger embarras gastrique, de troubles généraux, d'autres fois de la non livraison des glandes ou de l'état de décomposition de celles qui m'étaient remises.

En cours de traitement thyroïdien, les malades n'ont été soumis, et j'insiste sur ce point, à aucun traitement externe, sauf parfois à des bains de propreté hebdomadaires ou bi-mensuels. Quelques-uns au cours des périodes d'anorexie, ont pris de petites quantités de liqueurs de Baumé, mais jamais aucun autre médicament interne, à l'exception de quelques laxatifs légers.

Avant de prendre le corps thyroïde, chacun d'eux a été mis en observation pendant quelques jours, de façon à se rendre compte de l'état de ses différents viscères; la température et le pouls ont été enregistrés matin et soir, le poids du corps et le taux de la sécrétion ont été notés pendant cette période de préparation; chez quelques-uns on a donné à ce moment et à ce moment seulement, deux gouttes de Fowler, pour les empêcher de perdre patience; je ne crois pas que ce simulacre de traitement ait pu modifier les conditions de l'expérience.

Pendant le traitement, le pouls et la température ont été notés matin et soir, les urines mesurées chaque jour; les modifications des

qu'ils faisaient ingérer des glandes salivaires, des ganglions lymphatiques, ou du thymus. Pareille mésaventure m'est arrivée : dans une première série d'expériences, où je n'avais obtenu aucun effet sur l'état général des malades, ni sur l'appareil circulatoire, j'ai constaté par l'examen microscopique, que la glande ingérée n'était autre que le thymus du mouton. J'ai pu, grâce à l'obligeant concours de mon confrère et ami le Dr Saint-Yves Ménard, faire plus tard une connaissance suffisante avec le corps thyroïde pour ne plus m'exposer à pareille erreur et ne conserver aucun doute sur la nature du produit qu'ingéraient mes malades dans les essais ici relatés.

voies digestives enregistrées chaque fois qu'on en constatait, ainsi que les douleurs de divers sièges, les changements dans l'état des téguments portés de temps à autre au protocole de l'observation, l'albumine recherchée dans l'urine presque quotidiennement. Le soin d'un grand service hospitalier, la pénurie relative d'aides compétents (1) m'ont empêché de pousser plus loin mes investigations. Telles qu'elles ont été, elles suffisent cependant à se rendre compte de l'influence de la médication sur l'état général des malades et sur leurs lésions cutanées.

La durée du traitement thyroïdien a varié de dix-huit à cinquante-quatre jours.

Pendant ce temps, les doses totales administrées ont varié entre 72 gr. 50 et 288 grammes.

La dose quotidienne variait de 2 à 7 grammes, exceptionnellement 11, 12, 16 et 20 grammes (2).

Voici d'ailleurs, pour les différents cas, la durée du traitement et les doses :

		JOURS DE TRAITEMENT	INTERRUPTIONS DU TRAITEMENT	DOSES TOTALES	MAXIMA	MINIMA
I.	H. de 36 ans.....	43	11 jours	169	7	2
II.	— 53 —	54	11 —	256	16	4
III.	— 51 —	25	7 —	122	11	3
IV.	— 38 —	18	1 —	87.50	7	2
V.	— 50 —	18	1 —	87	7	2
VI.	— 18 —	19	4 —	91	12	3
VII.	— 44 —	26	4 —	106.80	7	2
VIII.	— 37 —	15	1 —	72.50	7	3.50
IX.	— 19 —	47	8 —	288	20	5
X.	— 57 —	25	7 —	104	8	3
	Deuxième série après 24 jours d'interrup- tion (embarras gas- trique).	29	5 —	112.50	7	2
XI.	H. de 36 ans.....	14	4 —	60	7	5
	Deuxième série après 13 jours d'interrup- tion (ictère).	6	0 —	36	6	6
	Troisième série après 11 jours d'interrup- tion (angine).	28	3 —	116.30	7	2

(1) Je dois tout particulièrement exprimer ici ma reconnaissance à M. Milian, interne des hôpitaux et à M. Bassaget, élève assidu de mon service, qui m'ont aidé avec une rare complaisance à recueillir les éléments de la présente étude.

(2) B. BRAMWELL (*Brit. Journal of Dermatology*, juillet 1893, p. 212) emploie des pastilles renfermant 5 grains d'extrait sec de corps thyroïde correspondant à 1/16 d'une glande de poids moyen; il donne jusqu'à 30, 40 et plus de ces pastilles. Ces doses sont inférieures à celles qu'ont prises mes malades sous forme de glandes fraîches.

Voyons tout d'abord les effets de ce traitement sur les divers appareils de l'économie.

La fréquence du pouls s'est toujours élevée et cela dès les deux ou trois premiers jours du traitement ; mais dans presque tous les cas il n'a pas généralement dépassé 100 ou 104 pulsations à la minute ; exceptionnellement, au bout de une ou deux semaines il a atteint passagèrement 108 ou 112. Dans un cas seulement (obs. IX), il est resté constamment au-dessus de 100, atteignant parfois 120, 128 et même 136 ; il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui a été soumis, sans aucun résultat d'ailleurs, à un traitement intensif et chez lequel j'ai atteint, je crois, les dernières limites permises du thyroïdisme thérapeutique.

Chez un homme de 57 ans (obs. X), dont le pouls avant traitement, ne battait que 52 à 60 fois à la minute, nous l'avons vu s'élever à 72, 80, exceptionnellement 84.

Le pouls, malgré son élévation, est toujours resté fort, régulier ; jamais je ne l'ai vu faiblir.

Chez aucun malade, l'accélération du pouls ne s'est accompagnée de palpitations gênantes ; chez aucun non plus il n'y a eu de tendance à la syncope. Tous cependant se levaient dans la journée, vivaient comme vivent les malades hospitalisés à l'hôpital Saint-Louis qui passent leurs journées dans les cours et jardins de l'hôpital.

Une seule fois (obs. III), au début du traitement, il est survenu des vertiges qui ont duré une heure et n'ont pas obligé le malade à se coucher : peut-être cet accident était-il la conséquence des troubles digestifs.

La température est restée à peu près constamment dans les limites normales : chez quelques malades, elle s'est élevée passagèrement entre 37°,8 et 38°,2, et cela toujours au bout d'un temps assez long de traitement, presque toujours en même temps que se montraient des signes d'embarras gastrique.

Des douleurs, de sièges divers, se sont montrées, à un degré variable, chez tous les malades.

Tous ont éprouvé, surtout pendant les premiers jours, de la céphalalgie, généralement frontale, à prédominance nocturne ou matinale. Généralement peu intense, la céphalalgie a été cependant chez quelques-uns assez prononcée pour gêner le sommeil. Peut-être faut-il faire une part aux troubles digestifs dans la production de ce phénomène, qui a disparu au bout de quelques jours, pour ne plus reparaitre, malgré la continuation du traitement.

Fréquemment encore, les malades se sont plaints de douleurs dans les diverses articulations, principalement celles des membres inférieurs ou les épaules. Ces douleurs, qui ne se sont accompagnées d'aucune modification anatomique dans les articulations, ne peuvent être assimilées aux arthropathies si fréquentes dans le psoriasis :

leur apparition au cours du traitement chez un certain nombre des sujets qui y étaient soumis, leur disparition rapide, leur cessation après la suspension de la médication thyroïdienne (dans deux cas seulement, elles ont persisté quelques jours après l'interruption du traitement), montrent qu'elles sont sous la dépendance de celui-ci.

Les douleurs n'étaient pas toujours localisées exclusivement aux articulations ; parfois elles s'irradiaient à une certaine distance de celles-ci ou occupaient les masses musculaires. Parfois il s'agissait moins d'une douleur rhumatoïde que d'une sensation de fatigue, vague, diffuse, prédominante aux membres inférieurs, sous la dépendance de la dénutrition générale produite par la médication : deux malades (obs. I et III) se plaignaient d'une fatigue, d'une courbature générale, qui les aurait empêchés de monter ou de descendre rapidement un escalier : ils se sentaient exténués lorsqu'ils avaient fait l'ascension de l'unique étage du service.

Un enfin (obs. X) éprouva dans les premiers jours du traitement une rachialgie assez prononcée.

L'appareil digestif a constamment présenté des troubles plus ou moins accusés. La langue, parfois blanche et chargée, est souvent restée nette ; quelques malades ont eu des vomissements ou des nausées ; quelques-uns de la diarrhée, d'autres de la constipation. Chez tous, en réalité, à un degré variable, il y a eu de l'embarras gastrique, au bout de cinq à six jours de traitement.

L'appétit a présenté, d'une façon à peu près constante, des modifications de sens variable suivant l'ancienneté du traitement. Au début, pendant huit à dix jours, rarement plus, il a été diminué sensiblement ; quelques malades étaient obligés de se forcer pour ingérer une petite quantité d'aliments ; puis, au bout de quelques jours, malgré la continuation du traitement, souvent malgré la persistance des troubles digestifs, ils étaient pris d'une véritable boulimie, éprouvant constamment la sensation de faim, obligés de demander à la surveillante ou aux voisins un supplément à la ration réglementaire d'aliments, de manger à toute heure de jour et de nuit. Cette boulimie, à laquelle ils n'étaient pas habitués, diminuait progressivement après la cessation du traitement.

Chez un malade (obs. XI), alcoolique renforcé, qui devait en cours de traitement thyroïdien succomber à une intoxication alcoolique suraiguë, l'embarras gastrique s'est accompagné d'un ictère par rétention qui a obligé à suspendre le traitement passagèrement.

Pour être complet, je mentionnerai, quoiqu'elles ne me paraissent pas pouvoir être mises au compte de la thyroïdisation, les angines dont ont souffert quatre de mes malades, angines bénignes, purement érythémateuses, accompagnées d'une très faible élévation de température : chez un seul (obs. XI), l'alcoolique déjà mentionné, la tem-

pérature a atteint 38°,8 et l'intensité des phénomènes généraux a nécessité la suspension prolongée du traitement thyroïdien.

La nutrition générale de tous les malades a plus ou moins souffert du traitement. La sensation de fatigue, de courbature, que j'ai déjà mentionnée, traduisait, en même temps que la pâleur générale, l'amaigrissement, l'influence fâcheuse de la thyroïdophagie sur l'assimilation. Les pesées permettaient de l'apprécier plus sûrement : tous les malades sans exception, ont perdu de leur poids et en ont perdu rapidement. Cette perte de poids a été de : 9 kilogr. (obs. I), de 8 kilogr. (obs. II), de 6 kilogr. (obs. IX et X), de 4 kilogr. (obs. XI), de 3 kilogr. (obs. III), de 2,500 gr. (obs. IV), de 2 kilogr. (obs. VII), de 1,500 gr. (obs. VI), de 500 gr. seulement chez le malade de l'observation VIII qui ne fut soumis au traitement que pendant quinze jours.

Après la cessation du traitement, elle faisait place à un engraissement rapide qui, presque toujours, a élevé le poids du corps au-dessus du chiffre qui avait été noté avant le traitement, fait qui doit rendre très réservé dans l'application de la thyroïdothérapie à la cure de l'obésité (1).

La diminution du poids du corps ne peut être mise sur le compte de l'anorexie et de l'oligophagie du début du traitement ; en effet, elle a continué, s'est même accentuée, alors que les malades étaient devenus boulimiques et polyphagiques : il est évident que, si les troubles digestifs y ont pris part, en influençant le pouvoir d'assimilation, la dystrophie produite directement par le thyroïdisme thérapeutique y a plus encore contribué.

Les moyens matériels et surtout le temps m'ont manqué pour chercher, par l'étude des modifications chimiques des sécrétions et des excrétions, à pénétrer le mécanisme de ces troubles nutritifs.

J'ai seulement noté une exagération du taux de l'excrétion urinaire qui s'est élevée chez la plupart des malades de 1,300 à 1,500 gr., taux initial, à 1,800, 2,000 gr., chez quelques-uns à 2,400 ; enfin chez les deux qui ont le plus ressenti les effets du thyroïdisme, à 2,700 (obs. XI), 3,000, 3,400, parfois même 4,000 gr. (obs. IX).

L'albumine, dont, seule, j'ai fait faire la recherche attentive, a fait constamment défaut au cours du traitement.

Le tégument externe n'a été le siège d'aucune éruption, comme on

(1) Je dois cependant signaler deux exceptions : un malade (obs. VII) perdit encore 2 kilogr. après la suspension du traitement ; un autre (obs. X) regagna 2 kilogr. dans le cours du traitement, à un moment où les doses de corps thyroïde administrées étaient peu élevées. Enfin le malade de l'observation X voit son poids augmenter pendant une suspension du traitement, malgré l'existence d'un ictère ; cette augmentation continue encore pendant les premiers jours de la reprise du traitement, il dépasse de 4 kilogr. son poids primitif, pour reperdre 3 kilogr. 500 sous l'influence de la médication.

en a parfois signalé chez les myxœdémateux thyroïdisés, principalement par la voie hypodermique. Je n'ai pas non plus vu de desquamation en dehors des régions psoriasiques. Chez quatre malades, le traitement a provoqué un prurit assez intense, prédominant au niveau des lésions psoriasiques, ou une hyperesthésie généralisée du tégument, qui doit être rapprochée des myalgies et des arthralgies déjà signalées et avec lesquelles, d'ailleurs, elle coïncidait habituellement.

Un de mes malades est mort au cours de mes essais et mort assez rapidement et de façon assez inattendue pour que j'aie été tenté au premier abord d'incriminer la médication thyroïdienne. Mais l'enquête ultérieure a disculpé celle-ci : il s'agissait d'un client habituel du service, connu pour ses goûts alcooliques, qui avait réussi à se procurer et avait d'un trait ingéré un demi-litre de rhum : atteint, peu après, d'hémiplégie droite accompagnée de coma, il succombait en quatorze heures et à l'autopsie on ne trouvait d'autres lésions qu'une congestion assez modérée des centres nerveux.

Ce cas de mort, par l'impression pénible qu'il a causée sur les malades du service, m'a forcé à suspendre un peu prématurément mes essais de thérapeutique thyroïdienne.

Je l'ai cité ici, pour établir une fois pour toutes qu'il n'est pas dû à la médication : si celle-ci a pu affaiblir le malade, le rendre moins résistant contre une intoxication alcoolique suraiguë, elle n'est pas la cause même de la mort.

De l'étude précédente, je puis donc conclure, pour la série des faits observés par moi, que la médication thyroïdienne chez les psoriasiques provoque constamment des troubles divers, parfois gênants, non dangereux à condition d'être surveillés, mais qui doivent imposer une réserve extrême dans son emploi.

Ces troubles, sont de même ordre que ceux qui succèdent à la même médication chez les myxœdémateux (1) : céphalée, douleurs dans les membres, troubles digestifs (2), polyurie, asthénie, surtout tachycardie et amaigrissement, ont été notés dans la plupart des cas de myxœdème soumis au traitement thyroïdien.

Mais, si les accidents sont de même ordre dans mes observations, ils y atteignent certainement, à doses égales, une intensité moindre. Pour voir apparaître la tachycardie, il a fallu que les doses soient élevées et le traitement prolongé ; un seul malade l'a présentée à un degré considérable, et chez lui j'avais administré un poids de corps thyroïde qui, d'après l'observation générale, n'eût pas manqué, chez

(1) P. MARIE et GUERLAIN. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 9 février 1894. EDMOND GUÉRIN. *Contribution à l'étude du traitement du myxœdème*. Thèse de Paris, 27 juillet 1894. G. LION. *Revue générale in Gazette hebdomadaire*, 4 mai 1895.

(2) Cependant la boulimie, très remarquable chez les malades, n'a pas été, à ma connaissance, notée chez les myxœdémateux.

un myxœdémateux, de provoquer des troubles encore plus accentués. Il semble donc que, dans la cachexie pachydermique, à l'action nocive de la substance thyroïdienne absorbée, se joigne une action, nocive de même sens, des produits pathologiques modifiés et mobilisés par la médication; cette hypothèse cadrerait d'ailleurs bien avec ce que nous savons ou croyons savoir actuellement sur les fonctions physiologiques du corps thyroïde; elle trouverait sa justification dans les recherches de Notkine sur la thyroprotéide et sur les propriétés de l'enzyme thyroïdienne.

Quant à la perte de poids, on comprend sans peine qu'elle doit être plus considérable chez les myxœdémateux que chez les psoriasiques: elle est, en effet, chez eux la résultante non seulement des troubles nutritifs des tissus normaux, mais encore de la fonte des exsudats qui infiltrent tous leurs tissus. De même la polyurie entraîne les liquides contenus dans les divers strates de leur tissu conjonctif. J'ai cependant vu cette dernière, dans un cas, atteindre chez un psoriasique un taux extrêmement élevé.

Il me reste maintenant à exposer les résultats thérapeutiques observés chez nos malades au point de vue de leurs lésions cutanées. Je le ferai aussi rapidement que possible pour ne pas abuser de notre patience.

Ces résultats sont des plus variables.

Chez un certain nombre de malades, ils se traduisent simplement par une diminution de la rougeur, sans modifications dans l'aspect, l'abondance et l'étendue des squames. Pratiquement, on peut dire qu'ils sont nuls. Ainsi en a-t-il été chez trois de nos malades et on ne peut accuser le traitement d'avoir été fait sans persévérance et avec une intensité insuffisante: l'un d'eux (obs. IX), atteint de psoriasis séborrhéique de la face et des membres, est celui de tous qui a été soumis au traitement le plus actif, ingérant en quarante-sept jours 288 grammes de corps thyroïde, soit une moyenne de 6 grammes par jour, sans tenir compte des interruptions de traitement, et non seulement il tient la tête de la série par les doses de médicament, mais encore par les effets physiologiques du thyroïdisme, tachycardie, céphalalgie, nausées, polyurie, ce qui ne l'a pas empêché de voir ses lésions s'aggraver en cours de traitement.

Chez un autre (obs. II), le résultat a été à peu près nul au bout de cinquante-quatre jours de traitement pendant lesquels il avait ingéré 256 grammes de corps thyroïde, soit près de 5 grammes par jour. Il s'agissait d'un épileptique, qui en cours de traitement, a eu une crise comitiale. Je note le fait, parce que B. Bramwell a cru remarquer que le traitement thyroïdien était moins actif chez les psoriasiques fortement entachés de nervosisme et en particulier chez les épileptiques.

Le troisième (obs. VIII) était, au bout de quinze jours, dans un état stationnaire, après avoir pris 72 grammes de corps thyroïde. La tentative peut être considérée comme insuffisante; cependant il y a lieu de remarquer que, chez les malades qui ont bénéficié du traitement, le bénéfice commençait à se montrer dans les mêmes conditions de durée et d'attaque thérapeutique.

Chez les 8 autres malades, les lésions ont présenté une amélioration manifeste, se traduisant par une diminution dans l'étendue et l'intensité de la rougeur, dans l'étendue, l'épaisseur et la coloration des squames: celles-ci se réduisaient, les grands placards semblaient se décomposer en un grand nombre de petits éléments papuleux plus ou moins isolés, recouverts chacun d'une squame indépendante; celles-ci finissaient par disparaître par places, le siège des lésions ne s'accusait plus que par une tache rouge brun ou brunâtre qui s'effaçait graduellement pour faire place à la coloration normale de la peau.

Cette régression des éléments psoriasiques, plus ou moins rapide, plus ou moins étendue, n'a toujours chez mes malades, porté que sur une partie de ces éléments ou du moins n'a été complète que sur un certain nombre. Quoique plusieurs malades se soient spontanément déclarés très satisfaits du résultat obtenu, aucun d'entre eux n'a dû être considéré, je ne dirai pas comme guéri (le mot de guérison ne doit pas être prononcé en matière de psoriasis), mais comme complètement blanchi.

La régression peut-elle, doit-elle être mise au compte du traitement? Je crois qu'on peut répondre affirmativement. Il est certain que l'hospitalisation, en éloignant les possibilités d'excès alcooliques et autres, en régularisant le régime alimentaire, en mettant le malade dans de meilleures conditions d'hygiène et de propreté cutanées, peut améliorer ipso facto l'état tégumentaire des psoriasiques; mais je ne sache pas, d'après les classiques et d'après ce que j'ai vu chez des psoriasiques soumis à un traitement nul ou pratiquement nul (j'en ai encore fait l'expérience dans mes premiers essais de thérapeutique thyroïdienne, alors que je faisais ingérer du thymus à mes malades) que cette régression quasi-spontanée du psoriasis puisse atteindre le degré que j'ai observé chez mes psoriasiques thyroïdophages.

En cours de traitement thyroïdien, j'ai vu apparaître chez des malades de nouveaux éléments psoriasiques. Je n'oserais en tirer un argument contre ce traitement: même écueil se présente avec toutes les médications antipsoriasiques; il n'est pas un topique, parmi les plus réputés, qui mette à l'abri de poussées intercurrentes.

Les essais que je viens de rapporter, essais qui se sont tous terminés par la suspension du traitement avant disparition complète des lésions cutanées et par l'institution d'une médication locale, laquelle

est venue invariablement à bout des lésions ou de leurs reliquats dans un temps plus court que celui consacré à la médication interne, ces essais, dis-je, me permettent de dire, de répéter avec M. Morris (1), que le traitement thyroïdien ne mérite pas la qualification de spécifique du psoriasis, qu'il échoue dans la cure de cette affection, conclusion à peu près identique à celle formulée par P. Abraham (2) à la suite d'une très large expérience de ce traitement : son échec est fréquemment complet, malgré la persévérance et l'énergie dans le traitement ; il est plus fréquemment encore — je n'ose dire constamment, en présence des affirmations de B. Bramwell — relatif, en ce sens que, après six semaines et plus de traitement, la patience du médecin, la tolérance et la patience du malade sont épuisées et il faut recourir à un autre mode de traitement plus actif : on ne saurait plus alors, sans inconvénient probable, sans danger possible (3), continuer une médication qui, d'ailleurs, pour ne pas exposer les malades à ces inconvénients et à ces dangers, exige une surveillance médicale quotidienne et attentive, qui, par conséquent, pour les malades de la classe pauvre, suppose l'hospitalisation et, pour ceux de la ville, une intervention fréquente du médecin traitant ; une médication, enfin, qui dans une maladie aussi fatalement récidivante que le psoriasis, ne semble pas mettre mieux qu'une autre à l'abri des reprises offensives et peut-être rapides et continuera de présenter, à chacune des reprises, les mêmes inconvénients, d'exiger les mêmes soins attentifs et onéreux (4).

On pourrait se demander s'il n'y aurait pas avantage à associer, à titre d'adjuvant, la médication thyroïdienne aux médications externes du psoriasis : celles-ci, chez la plupart de mes malades, ont terminé très rapidement la cure, bien plus rapidement certes qu'elles ne l'auraient fait si les lésions n'avaient été préalablement modifiées par le traitement thyroïdien ; néanmoins, je crois que les inconvénients de ce dernier doivent faire rejeter cette association médicamenteuse.

En résumé, je serais presque tenté de bannir la médication thyroïdienne de la thérapeutique du psoriasis s'il n'y avait un certain nombre de psoriatiques — tous les dermatologistes en connaissent — qui ont essayé successivement la série longue des médicaments anti-

(1) *British medical Journal*, 27 janvier 1894, p. 180.

(2) *Transactions of the medical Society of London*, 8^e janvier 1894.

(3) On sait que des myxoédémateux sont morts en cours de traitement thyroïdien, de façon subite et par l'effet même du traitement thyroïdien.

(4) B. BRAMWELL. (*Brit. Jour. of Dermatology*, juillet 1894, p. 202) dit qu'il faut pour conclure à l'inefficacité du traitement thyroïdien, l'avoir continué pendant deux mois au moins aux plus hautes doses que le malade peut supporter et qu'on ne doit pas s'effrayer de voir le pouls monter à 120 ou 130. Cette dernière affirmation nous paraît excessive, si on met les dangers qui peuvent en résulter en parallèle avec la bénignité du psoriasis *quoad vitam*.

psoriasiques et n'en ont obtenu aucun bénéfice. A ceux-là, mais à ceux-là seulement qui, déçus dans leurs espérances, veulent tenter une fois de plus l'essai d'une médication nouvelle, quitte à enregistrer un échec de plus, on peut permettre l'expérience, sous les réserves et avec les précautions que je viens d'indiquer. C'est un remède de désespéré, pour ainsi dire, mais n'en est-il pas d'autres dans notre arsenal thérapeutique ?

OBSERVATIONS (1)

Obs. I. — Félix Bai..., 36 ans, employé de chemin de fer, entré le 22 septembre 1894. Début de la maladie en 1880, par les bras et les avant-bras. Pendant sept ans, elle n'a pas complètement disparu. Une seule fois, en 1887, il en a été débarrassé pendant dix-huit mois, puis il a eu de nouvelles poussées.

Actuellement, les lésions occupent la presque totalité de la surface cutanée, à l'exception de la face et du cou. Elles sont constituées par des taches roses plus ou moins étendues, avec desquamation très fine et croûtes blanchâtres très adhérentes.

Quelques éléments dans le cuir chevelu. La poussée actuelle, qui date de trois mois, est plus intense que les précédentes. Prurit très marqué la nuit et quand le malade transpire.

Le 26 septembre. Légère céphalalgie, perte d'appétit. Suspension du traitement pendant trois jours.

Le 4 octobre. Constipation avec embarras gastrique. (Eau de Sedlitz, suspension du traitement pendant deux jours.)

Le 8. La céphalalgie est un peu moindre.

Le 11. Le malade déclare que, depuis huit jours, il éprouve des douleurs dans les jambes et les épaules. Les placards rouges des membres et, à un moindre degré, ceux des membres sont légèrement décolorés. Les squames forment une sorte de granité fin et blanchâtre ; elles sont moins larges qu'à l'entrée.

Le 15. Les douleurs articulaires sont plus accusées. Le malade déclare qu'il lui serait impossible de gravir ou de descendre les escaliers à une allure un peu rapide. Le sommeil est agité. La céphalalgie est moindre que ces temps derniers. L'appétit, suspendu ces temps derniers, revient.

Le 16. Malgré la suspension involontaire du traitement thyroïdien pendant deux jours, le malade déclare que les douleurs articulaires ont augmenté ; celles de l'articulation fémoro-tibiale irradient dans le mollet.

Le 18. La coloration rouge s'est légèrement effacée, les squames sont un peu plus blanches et granitées. L'état général est satisfaisant.

(1) Sur les tracés qui accompagnent ces observations, les lignes pleines et fines représentent la courbe de la température, les lignes ponctuées celle du pouls, les lignes pleines et fortes, celle de la quantité des urines ; les chiffres placés au bas des tracés indiquent la quantité de corps thyroïde administrée chaque jour ; lorsqu'il a été administré du corps thyroïde de veau, les chiffres correspondants sont soulignés de deux traits ; les chiffres non soulignés indiquent qu'il a été donné du corps thyroïde de mouton.

Le 23. Les manifestations douloureuses dues au traitement thyroïdien ont disparu.

Le 25. La coloration rouge des placards a fait place à une teinte rouge brun. Les squames sont plus blanches, plus fines, moins étendues et plus granitées. L'amélioration n'est manifeste que depuis huit jours, mais elle est réelle. Céphalalgie très forte, douleurs dans les mollets et les genoux, sommeil très agité, appétit bon.

Le 29. Décoloration des placards qui sont moins squameux. Amélioration locale très prononcée.

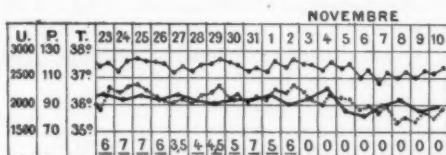
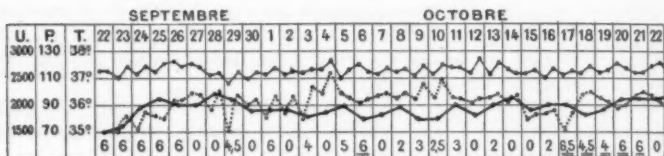
Le 30. Céphalalgie peu accusée et durant quelques heures. Sommeil agité. Douleurs dans les mollets. Appétit comme à l'état normal.

Le 1^{er} novembre. Même état.

Le 3. On supprime le traitement thyroïdien (1).

Le 4. Douleurs dans l'épaule gauche.

Le 8. L'état général est bon. Le malade conserve cependant quelques



douleurs dans les mollets et un peu de céphalalgie. Le sommeil est bon. L'appétit est plus considérable qu'à l'état normal.

L'amélioration des lésions cutanées persiste. Elles sont remplacées par des macules brunâtres très pigmentées. On ne voit plus de plaques rouges. Sur les cuisses et le tiers inférieur des jambes, 4 ou 5 éléments nouveaux. Pas de prurit.

Le 10. Le malade accuse des douleurs dans les genoux.

Le 12. L'amélioration persiste ; on ne trouve plus à la place des lésions anciennes qu'une maculation brunâtre qui s'efface lentement. Certaines lésions, aux poignets, aux avant-bras, aux jambes, sont encore en activité modérée et peu squameuses.

L'appétit est plus considérable qu'à l'ordinaire ; le malade déclare que, pendant le traitement, il avait constamment faim.

Il prendra un bain, fera des applications d'acide chrysophanique sur les éléments persistants. Sortie.

(1) La suppression du traitement à partir du 4 novembre, chez ce malade et chez ceux des observations IV, V, VII, VIII, X, a été motivée par la mort du malade de l'observation XI.

Le 29. La céphalée est peu intense.

Le 30. L'aspect des lésions cutanées ne s'est pas modifié depuis le début du traitement thyroïdien. On constate seulement que les squames sont un peu moins abondantes sur le tronc.

Le 3 septembre. Le malade se plaint toujours de céphalalgie, sans autre trouble.

Le 4. La céphalée a disparu, mais l'appétit est supprimé. On constate que la desquamation est un peu plus prononcée.

Le 8. Le malade se plaint d'une dyspnée s'exagérant au moindre effort. Il a une soif vive.

Le 15. Il accuse de nouveau une céphalée légère, l'appétit est bon.

Le 20. A la suite de l'augmentation de la dose de corps thyroïde, la céphalalgie s'est accusée, l'appétit est presque nul.

Le 24. Courbature, l'appétit est revenu.

Le 11 octobre. On constate que les éléments psoriasiques sont encore tous apparents : quelques-uns sont caractérisés seulement par des squames blanches et minces ; sur d'autres il persiste de la rougeur et un état squameux un peu plus accusé. A la nuque, il est apparu, depuis le commencement du traitement, quelques éléments nouveaux avec squames épaisses blanches, brillantes, de deux millimètres de large, reposant sur une base rouge ; ces éléments ont la largeur d'une pièce de 1 franc. Les éléments des membres inférieurs ont la dimension d'une pièce de 20 centimes. Sur le tronc, les éléments n'ont pas subi de modifications bien sensibles depuis cinq semaines.

On suspend le traitement thyroïdien et on commence les applications de pommade à l'acide pyrogallique à 10 p. 100.

Le 17. La desquamation commence à se produire et au bout de quelques jours le malade sort à peu près débarrassé de ses lésions cutanées.

Poids : le 6 août, 63 kilogr. ; le 25 septembre, 64 kilogr. ; le 2 octobre, 56,50 ; le 9, 55 ; le 15, 58 ; le 19, 58.

Ons. III. — Gr..., 51 ans, ébéniste. Entré le 17 août 1894.

Début du psoriasis à l'âge de 23 ans, sur le sommet des coudes, puis successivement sur la face externe des jambes, la partie postérieure et externe du bras, etc. Poussées multiples.

Actuellement, large placard allongé, à contours polycycliques, formé par la réunion de nombreux éléments rouges, à squames blanchâtres, brillantes, fendillées, étendu sur la partie antérieure du tronc, depuis la clavicule gauche jusqu'à l'épine iliaque postérieure. Petits placards isolés au-devant du sternum avec squames très épaisses et brônâtres à la périphérie. Sur les deux épaules, larges placards formés par la réunion de petits éléments de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 1 franc. A la partie moyenne du dos, énorme placard affectant à peu près la forme d'une couronne. Placards sur les coudes et la partie postérieure des bras. Larges placards sur les jambes. Lésions unguéales anciennes et intenses.

Début du traitement thyroïdien le 20 août.

Le 23 août, le lendemain de l'ingestion de 11 gr. de corps thyroïde, le

malade éprouve des étourdissements qui durent pendant plus d'une heure, mais ne l'obligent pas à s'asseoir. Pas de troubles digestifs.

Le 24. On note aux membres inférieurs une desquamation légère des placards; mais pas de modifications bien apparentes dans ceux-ci.

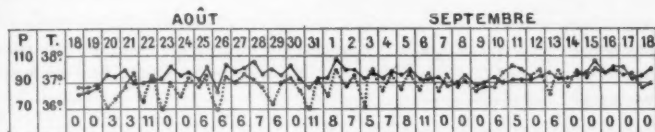
Le 25. Reprise du traitement.

Le 30. Légère céphalalgie. Il est incontestable que les lésions cutanées, dans leur ensemble, ont subi une atténuation. Les squames sont moins apparentes et surtout moins larges; il semble qu'en certains points chacun des placards soit dissocié en petites papules ayant environ la largeur d'une petite tête d'épingle et recouvertes chacune d'une squame indépendante; cet aspect est surtout marqué au niveau de la ceinture.

La coloration du tégument au niveau des régions malades s'est également atténuée.

Les jours suivants, la céphalée persiste, mais peu intense.

6 septembre. Depuis huit jours, les lésions se sont peu modifiées; les squames ont conservé une certaine tendance à la disposition papuleuse, mais un peu moins accentuée que la semaine dernière. Aux membres



inférieurs, les lésions n'ont subi aucune modification. Le malade éprouve des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs. Diarrhée, langue un peu blanche. Suspension du traitement pendant trois jours.

Le 14. Le développement des squames a repris. Elles ont plus d'épaisseur que la semaine dernière, sont blanches, et présentent en certains points l'aspect des taches de bougie.

Les douleurs dans les membres et les troubles digestifs persistent; le malade a perdu 3 kilogr. de son poids depuis dix-neuf jours; il est amaigri, pâle, se fatigue facilement. Dans ces conditions, je crois nécessaire de suspendre le traitement.

Le malade est mis, vu son état de faiblesse, au traitement interne par l'arsenic.

Le 18. L'état est stationnaire depuis la suspension du traitement thyroïdien; les placards ne se sont pas réduits d'étendue, leur teinte est restée sensiblement la même; ils ont conservé leur état papuleux avec de petites squames à leur surface.

On commence le traitement local par l'acide pyrogallique.

Le 20 octobre, le malade sort débarrassé de ses lésions cutanées.

Poids: le 25 août, 56 kilogr. 5; le 14 septembre, 53,5; le 9 octobre, 58; le 19, 59.

Obs. IV. — Charles Poil..., 38 ans, garçon d'office, entré le 12 octobre 1894.

Début du psoriasis à l'âge de 14 ans; depuis lors il n'a jamais cessé, et présente des exacerbations au printemps et à l'automne.

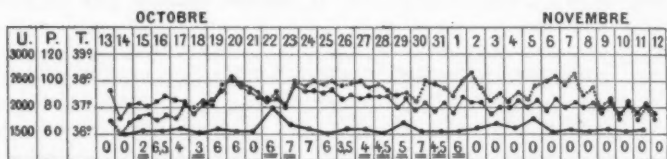
Actuellement, sur le côté de l'extension des coudes et des genoux, placards mesurant environ 11 centimètres de long sur 6 centimètres de large, rouges, recouverts de squames fines, brillantes, couleur blanc de plâtre, se détachant facilement. Quelques rares éléments sur les avant-bras. Sur les cuisses, au-dessus des genoux, deux ou trois placards de la dimension d'une pièce de deux francs; sur les fesses, quatre ou cinq groupes d'éléments psoriasiques.

Sur la face postérieure des épaules, quelques éléments isolés de la dimension d'une lentille. Au cuir chevelu, squames fines, très abondantes, disséminées. Quelques petits éléments sur les pavillons des oreilles.

Le 24 octobre. Pour la première fois, le malade se plaint de troubles qui peuvent être imputés à l'action du corps thyroïde: ce sont de la diarrhée, de la courbature et des douleurs articulaires.

Le 25. Céphalalgie, douleurs abdominales, état général meilleur, la diarrhée est arrêtée.

La desquamation est très évidente, les squames sont larges et encore



épaissies; la rougeur a disparu. Plusieurs éléments se sont affaïssés, surtout à l'avant-bras; quelques-uns sont en voie manifeste de régression et on ne trouve plus à leur place qu'une tache brune avec une desquamation mince et très fine.

Le 29. Inappétence absolue, état général bon; la céphalalgie a disparu, le sommeil est bon, l'embarras gastrique a cessé (teinture de Baumé).

Le 31. Sommeil agité, pas de céphalalgie.

Le 3 novembre. Suspension du corps thyroïde, état général bon.

Le 6. L'appétit est revenu à son taux normal. Les lésions cutanées ne se sont pas sensiblement modifiées depuis douze jours.

Le 15. On commence le traitement par la pommade à l'acide pyrogallique.

Le 22. Le malade sort à peu près complètement guéri.

Poids: le 15 octobre, 65 kilogr., 5; le 19, 65,5; le 27, 64; le 3 nov., 63.

Obs. V. — Achille Hir..., 50 ans, employé de commerce, entré le 12 octobre 1894.

Début du psoriasis sur les jambes, à l'âge de 26 ans; exacerbations chaque année au printemps.

Actuellement, éléments de petites dimensions, recouverts de fines squames, très nombreux sur la face antérieure des jambes et des cuisses, un peu moins nombreux sur leur face postérieure. Éléments groupés sur les fesses. Sur le tronc, éléments disséminés, peu nombreux à sa face antérieure, très abondants à sa face postérieure. Grandes placards à la face postérieure des coudes. Sur les épaules, lésions très peu étendues et éléments isolés.

Le 18 octobre. Les squames, aux membres inférieurs, sont plus larges, plus apparentes et se détachent facilement.

Le 19. Diminution de l'appétit, langue blanche, régurgitations acides.

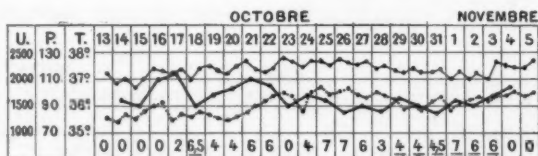
Le 21. Diarrhée, douleurs articulaires.

Le 22. La desquamation est plus accusée. La diarrhée a cessé, les douleurs articulaires persistent.

Le 25. Insomnie, appétit médiocre, embarras gastrique, douleurs dans les articulations des pieds.

La desquamation est toujours très accusée; aux membres inférieurs surtout, les squames sont larges et épaisses; aux membres supérieurs, elles sont plus fines et moins larges. Plusieurs lésions sont en voie manifeste de disparition et on trouve à leur place des taches brunes avec aspect plissé de la peau et desquamation très fine.

Le 31. Sommeil meilleur, la céphalalgie a disparu, néanmoins l'appétit est moindre qu'à l'ordinaire.



Le 26. Courbature, céphalalgie.

Le 28. État général meilleur.

Le 4 novembre. On suspend la médication thyroïdienne.

Le 8. On note une régression très manifeste des lésions sur les bras et les avant-bras; les coudes seuls sont encore le siège d'éléments psoriasiques rouges, recouverts de squames. Aux membres inférieurs, l'amélioration est plus accentuée à la racine qu'à l'extrémité; sur toute l'étendue de la jambe, les éléments sont peu modifiés, les squames y sont larges, les éléments encore rouges. Aux fesses et aux trochanters, les plaques ont bruni et ne sont le siège d'aucune desquamation.

Le malade sort sur sa demande, très amélioré.

Poids: le 15 octobre, 72 kilogr.; le 19, 72; le 29, 71.

Obs. VI. — Amédée Phi..., 18 ans, entré le 3 août 1894.

Début du psoriasis à l'âge de 15 ans; depuis lors, le malade n'a suivi aucun traitement régulier et l'affection a toujours persisté et progressé lentement, avec quelques intervalles d'arrêt.

Actuellement, placards de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de cinq francs, à fond rouge, recouverts de squames blanches, peu brillantes, se détachant facilement au grattage. Les placards les plus nombreux et les plus larges occupent les bras et les avant-bras, surtout dans leur partie postérieure et aux coudes. Sur l'abdomen, placards disséminés, plus abondants au niveau de la ceinture; deux ou trois petits éléments sur la partie supérieure du thorax; à la partie supérieure du dos, quelques éléments disséminés; à la partie inférieure,

placards larges et nombreux, de même que sur les fesses et à la région interfessière. Les jambes sont le siège, à leur partie antérieure, d'un vaste placard s'arrêtant à quelques centimètres du cou-de-pied ; leur partie postérieure et les cuisses sont atteintes dans la même proportion que le dos. Le cuir chevelu est recouvert de squames dans toute son étendue.

Jusqu'au 18 août, le malade n'est soumis à aucun autre traitement que des bains : les squames tombent, les placards restent rouges, d'une rougeur uniforme.

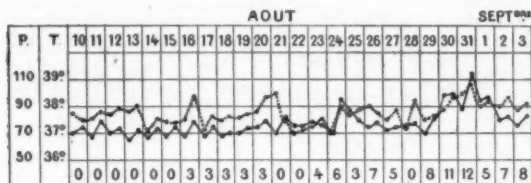
Le 22. Les lésions n'ont subi aucune modification. Diarrhée ; pas de nausées, pas de céphalalgie, ni de douleurs lombaires ; démangeaisons au scrotum.

Le 23. La diarrhée s'est arrêtée.

Le 26. Céphalée légère dans la journée.

Le 30. Les squames, qui se sont reproduites dans les jours qui ont suivi la cessation des bains, sont moins apparentes, la rougeur est également moins marquée, mais ces modifications sont peu prononcées.

Le 1^{er} septembre. Céphalalgie assez intense ; diarrhée, pas de nausées.



Le 2. La céphalalgie et la diarrhée persistent ; le visage est congestionné.

Le 3. La diarrhée a cessé, la céphalalgie a diminué, le malade est un peu abattu.

Le 4. Même état.

Le 5. La céphalalgie persiste.

Le 6. La rougeur des placards a un peu diminué ; les squames sont également un peu moins prononcées. On voit sur la paroi abdominale des macules correspondantes à des placards dont une partie des contours s'est effacée. Sur les jambes, la rougeur s'est également atténuée. Le malade sort sur sa demande.

Obs. VII. — Léon Rol..., 44 ans, tailleur, entré le 5 octobre 1894.

Début du psoriasis à l'âge de 18 ans, par une poussée qui dure six semaines ; nouvelle poussée en 1890, puis troisième poussée en 1892 coïncidant avec l'apparition de douleurs articulaires dans les membres supérieurs.

Depuis lors, alternatives de rémissions et de nouvelles éruptions.

La poussée actuelle date de un an et a subi une aggravation il y a six mois.

Actuellement, les lésions occupent surtout la face antérieure des jambes, principalement leurs deux tiers inférieurs qui sont recouverts de larges

Le 13. Les douleurs articulaires n'ont pas disparu dans l'épaule et le coude gauches. Le prurit persiste.

Les lésions des jambes desquament très peu, forment des placards rouges, un peu irrités.

Aux bras et aux coudes, la desquamation reste toujours fine, mais les lésions paraissent augmenter d'intensité, d'épaisseur et de surface.

On commence les applications de pommade au naphthol.

Le 15. La sensation de fatigue qui s'était produite pendant le traitement a disparu. L'appétit est normal et supérieur à ce qu'il était en cours de traitement.

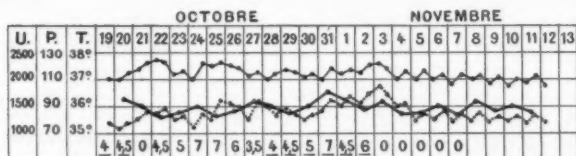
Le 22. Le malade sort débarrassé de ses lésions psoriasiques ; il reste aux deux jambes une rougeur diffuse très étendue et des lésions de grattage encore en activité.

Poids : le 7 octobre, 67 kilog., 500 ; le 15, 68 kilog. ; le 27, 66 kilog. ; le 3 novembre, 65 kilog., 500 ; le 13, 63 kilog., 500.

Obs. VIII. — Eugène Bro..., 37 ans, talonnier, entre le 19 octobre 1894.

Début du psoriasis il y a un an par deux placards occupant la face externe des jambes ; de là, les lésions ont gagné les avant-bras et les coudes.

Actuellement, les lésions occupent la presque totalité des membres et le



cou. Les autres régions du corps sont respectées, sauf quelques éléments rares, petits et très espacés. Les placards, de dimensions variables, sont confluents aux coudes, aux avant-bras, à la face interne des jambes, petits et espacés dans les autres points. Les placards des membres inférieurs sont nettement psoriasiques ; ceux des avant-bras ont par places un aspect eczématoïde, suintant.

Desquamation fine sur la presque totalité du cuir chevelu.

Le 21. Le malade accuse quelques douleurs dans les articulations des coudes.

Le 23. Légère céphalalgie.

Le 25. Toujours quelques douleurs articulaires. L'appétit est bon, les digestions normales.

Le 29. L'appétit diminue, le sommeil est agité, le malade accuse toujours de la céphalalgie, surtout au réveil, et des douleurs articulaires.

Le 2 novembre. La céphalalgie diminue.

Le 3. On supprime le corps thyroïde : les lésions cutanées sont absolument stationnaires.

Le 8. La céphalalgie a disparu.

Le 15. Quoiqu'il n'ait été fait aucun traitement local depuis la suspension

de la médication thyroïdienne, on constate que les lésions sont un peu améliorées, les squames surtout moins épaisses, mais la rougeur est toujours accusée. On fait appliquer de la pommade au naphтол.

Le 22. Le malade sort en très bon état.

Poids : le 20 octobre, 63 kilog. 500 ; le 27, 63 kilog., 750 ; le 3 novembre, 63 kilog.

Obs. IX. — René Den..., 19 ans, bijoutier, entré le 24 août 1894.

Début de l'affection, il y a six ans, sur les ailes du nez, où elle a toujours été prédominante, avec des localisations de lupus érythémateux et un aspect qui, à certaines périodes, rappelle l'eczéma séborrhéique.

Actuellement, placards rouges, recouverts de squames rouges, sèches, un peu grasses sur le nez et la joue droite. Aux coudes, placards de la largeur d'une pièce de 5 francs, à fond rouge, moins intense que les lésions de la face, recouvert de squames blanchâtres et fines. Au cuir chevelu, séborrhée abondante occupant surtout sa partie antérieure.

Par erreur, le malade est soumis pendant quatre jours aux applications d'acide chrysophanique sur les coudes et de glycérolé cadique sur la face et le cuir chevelu.

Au bout de ce temps, on supprime ce traitement. L'état des lésions ne s'est pas sensiblement modifié. On commence le traitement thyroïdien.

Le 3 septembre. Le malade a pris en cinq jours, avec un jour d'interruption, 40 grammes de corps thyroïde. Il éprouve une céphalalgie assez vive, sans troubles digestifs.

Le 4. La céphalalgie persiste légère, il y a du malaise général et de l'hyperesthésie de tout le corps.

Le 5. Céphalalgie, nausées ; le tégument externe est douloureux au moindre contact. De nouvelles plaques sont apparues sur les mains sous la forme de petites taches rouges légèrement squameuses.

Le 6. La rougeur de la face a diminué, les squames s'y soulèvent légèrement, de même qu'au cuir chevelu. Sur les coudes, la desquamation est un peu plus accusée.

Le 8. La céphalalgie, qui persiste toujours, est surtout prononcée le soir et à prédominance frontale. L'appétit est faible. Constipation.

Le 11. La céphalée a disparu.

Le 12. Quelques éléments psoriasiques nouveaux sont apparus sur l'avant-bras et sur le corps, en particulier sur le thorax, qui était indemne à l'entrée.

Le 13. L'appétit est revenu. Le malade éprouve des démanagements assez vives sur tout le corps.

Dans le cuir chevelu, les squames ont un peu augmenté d'épaisseur et sont plus sèches qu'à l'entrée. Sur la face, la rougeur a un peu diminué, les squames se détachent plus facilement.

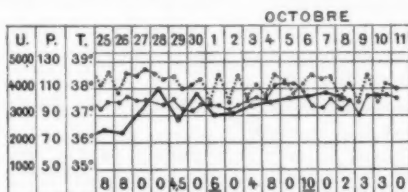
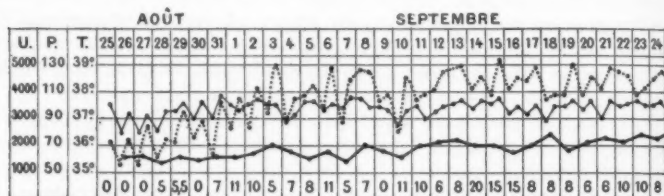
Le 20. Le malade dont l'appétit est toujours bon, recommence à se plaindre de céphalalgie intense, son sommeil est agité ; la céphalalgie disparaît une demi-heure après le réveil.

Le 24. Son appétit est toujours conservé ; mais les digestions sont pénibles ; il y a des nausées après le repas. Le sommeil est toujours agité.

4 octobre. L'appétit est toujours conservé, plus exactement augmenté par la médication : il est tel que le malade va demander à ses camarades des salles voisines un supplément de pain, sa ration ne lui suffisant pas. La langue est cependant chargée et il y a des nausées (ipéca).

Les jours suivants, l'appétit est toujours bon.

Le 11. (L'état des téguments ne présentant aucune amélioration apparente il aurait été sans intérêt de le décrire à intervalles plus rapprochés.) Les placards des coudes et les éléments disséminés sur les avant-bras sont recouverts de squames blanches, brillantes, assez épaisses. A la face, la rougeur est moindre qu'à l'entrée, mais les lésions sont plus étendues et plus squameuses. Dans le cuir chevelu, l'état squameux est plus accusé :



sa presque totalité est recouverte de squames blanches micacées. L'expérience paraissant suffisante, la médication thyroïdienne est suspendue : le malade a ingéré en quarante-sept jours, avec huit jours d'interruption, 288 gr. 50 de corps thyroïde.

On le met au traitement par l'acide pyrogallique sur les membres, le savon noir sur la face et le cuir chevelu.

Après la suppression du traitement thyroïdien, l'appétit diminue progressivement pour revenir à la normale, en même temps que le poids se relève.

Le malade sort le 24 octobre, non guéri.

Poids : le 25 août, 61 kilogr. ; le 15 septembre, 57 kilogr. ; le 2 octobre, 56 kilogr. 5 ; le 5, 55 kilogr. ; le 15, 61 kilogr. ; le 19, 62 kilogr.

OBS. X. — Edmond Sim..., 57 ans, terrassier, entré le 3 août 1894.

Début du psoriasis il y a vingt-trois ans par les coudes et les genoux. Depuis alternatives de disparition et de reproduction, séparées une fois par une accalmie de cinq ans. La poussée actuelle date des premiers jours de juillet.

Actuellement, sur l'avant-bras gauche, placards ovalaires de la largeur

d'une pièce de deux francs en moyenne, surélevés, recouverts d'épaisses squames blanches micacées. Ces placards prédominent du côté de l'extension; sur les bras, quelques éléments à squames minces, d'apparence plutôt séborrhéique, prédominant également du côté de l'extension et dans la région du coude. A la partie supérieure du dos et sur les épaules, éléments plus petits, irréguliers, de teinte plus pâle, à peine squameux, en voie de disparition. A la partie inférieure du dos, sur la ligne médiane et dans le pli interfessier, vaste placard large comme la paume de la main, rouge vif, recouvert de squames abondantes et épaisses. Au niveau des trochanters, vastes placards. A la partie inférieure de l'abdomen, vaste placard en forme de tablier, descendant des aines vers les cuisses, et encadrant les bourses et la verge qui présentent elles-mêmes un état squameux avec légère infiltration des téguments. La bordure de ce placard forme une traînée saillante et squameuse; le centre est moins rouge. Quelques éléments au niveau des genoux; sur la face antérieure des jambes, quelques placards.

Le pouls oscille entre 48 et 58; le malade dit que cette lenteur du pouls daterait d'environ quinze mois; à un examen minutieux, on ne trouve aucun des troubles nerveux associés au pouls lent permanent; léger souffle systolique à la pointe du cœur.

Le 18. Sous l'influence des bains que le malade a pris depuis son entrée, les placards sont devenus un peu moins squameux et moins rouges. On commence le traitement thyroïdien.

Le 22. Rachialgie peu intense, qui gêne les mouvements, mais n'empêche pas complètement le malade de marcher.

Le 23. La rachialgie a à peu près disparu.

Le 24. On constate que le fond des placards psoriasiques est moins rouge, que la bordure s'est légèrement affaissée sur le grand placard abdominal.

Le 27. Diarrhée, pas de nausées, légère céphalalgie et légère rachialgie.

Le 29. L'amélioration dans les lésions cutanées, constatée ces jours derniers, semble douteuse aujourd'hui. Malaise général, sans douleurs localisées.

Le 4 septembre. Le malaise général qui avait cessé depuis deux jours reparait. Quelques nausées.

Le 5. Épistaxis légère ce matin. Le malade se plaint de la gorge; rougeur diffuse des piliers. Appétit médiocre.

Le 6. On constate que la bordure du grand placard abdominal s'est décolorée et est devenue un peu plus squameuse; à droite, cette bordure, qui était continue à l'entrée du malade, est interrompue sur une longueur de 9 centimètres.

Le 7. Plus de malaise; mais l'appétit, qui d'ordinaire est très remarquable, est devenu nul, la soif est très intense.

Le 10. Céphalalgie; quelques nausées; pas de diarrhée.

Le 12. Même état. Le malade vomit ses deux repas; langue un peu blanche; bourdonnements d'oreilles; douleurs dans les articulations des genoux; les jambes sont faibles. En raison de ces phénomènes, on interrompt la médication thyroïdienne.

Le 13. Persistance des vomissements et des douleurs.

Il y a incontestablement une modification favorable dans les lésions cutanées. Sur le grand placard abdominal, la rougeur du fond a encore diminué; sa bordure est moins large et également moins colorée. Dans toute l'étendue des lésions, les squames se détachent très facilement; on retrouve néanmoins le signe de Hebra très nettement dans tous les points où il existe des squames.

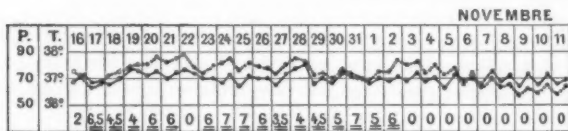
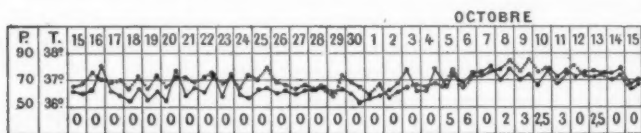
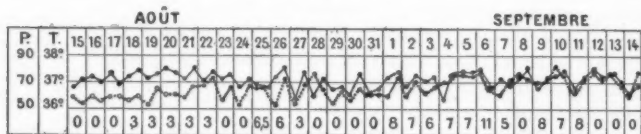
Le 14. Les vomissements sont arrêtés.

Le 15. Les douleurs persistent dans les épaules et les genoux.

Le 16. L'appétit reprend.

Le 24. L'état général est satisfaisant, l'appétit est excellent, le sommeil très bon.

Le grand placard abdominal est de moins en moins coloré. Sur sa bordure, les squames sont beaucoup moins abondantes et moins épaisses;



sur quelques points de cette bordure, à gauche, les squames ont complètement disparu.

Le 4 octobre. L'état général est très bon. On reprend la médication thyroïdienne. Pendant sa suspension, l'amélioration a été beaucoup moins accusée que pendant le cours du traitement.

Le 11. On note que l'amélioration a repris, les saillies qui formaient les contours du grand placard abdominal se sont à peu près complètement effacées dans tout l'espace compris entre les épaules antérieures et les cuisses; dans les points où elles persistent, le relief, la rougeur et la desquamation ont diminué.

Pas de douleurs articulaires. Appétit bon.

Le 15. État général bon, sommeil agité.

Le 18. Le grand placard abdominal ne s'accuse plus que par une teinte brunâtre qui tend à s'effacer. Les lésions du dos se sont également effa-

cées. Sur les membres supérieurs, on trouve encore par places quelques contours légèrement squameux.

Le 25. Pour la première fois depuis la reprise du traitement le malade éprouve des troubles qui lui sont imputables : céphalalgie, douleurs articulaires, embarras gastrique et douleurs abdominales.

Les lésions cutanées sont en bonne voie de régression ; les placards des bras ont presque complètement disparu et on ne trouve plus que sur quelques points une desquamation très fine et peu étendue.

Le 29. Persistance des douleurs articulaires dans les membres supérieurs et inférieurs ; pas de céphalalgie, courbature générale, sommeil agité ; appétit bon, pas d'embarras gastrique.

Le 31. Courbature moins accentuée.

Le 2 novembre. État général meilleur.

Le 3. Suspension de la médication thyroïdienne.

Le 8. L'état général est bon, l'appétit ordinaire.

L'amélioration des lésions cutanées a persisté et s'est accentuée. On ne retrouve plus qu'une ligne brunâtre festonnée sur l'abdomen, quelques contours linéaires sur la région lombaire et les fesses et quelques squames sur le coude droit.

Le 13. L'appétit est plus considérable qu'à l'ordinaire. Les douleurs articulaires (genou, épaule gauche) persistent.

L'amélioration obtenue pendant le traitement thyroïdien persiste toujours. Les portions de contours que l'on constate encore sont peu colorées, et ne présentent plus que des squames minces. On retrouve, au niveau de toutes les lésions constatées à l'entrée, une pigmentation brunâtre.

Le 15. On fait faire des applications d'acide pyrogallique.

Le 22. Le malade sort à peu près complètement débarrassé de ses lésions psoriasiques.

Poids : le 6 août, 67 kilogr. ; le 25, 66 kilogr. ; le 14 septembre, 63 kilogr. ; le 2 octobre, 61 kilogr. ; le 9, 61 kilogr. ; le 15, 62 kilogr. ; le 19, 63 kilogr. ; le 27, 63 kilogr. ; le 3 novembre, 62 kilogr. ; le 13, 62 kilogr. 5.

Obs. XI. — Lucien Lem..., 36 ans, homme de peine, entré le 20 août 1894. Début de la maladie à l'âge de 20 ans ; depuis cette époque il a eu des rechutes presque incessantes, favorisées par ses habitudes alcooliques.

Actuellement, quelques squames rares dans le cuir chevelu ; et dans la barbe, un placard rouge avec squames peu adhérentes dans le sillon rétro-auriculaire. Sur les bras, vastes placards laissant quelques rares espaces de peau saine : ces placards, à fond rouge vif, sont recouverts de squames fines, brillantes, micacées, se détachant facilement. Dans le dos, quelques petits placards semblables. A partir de la ceinture, toute la partie inférieure du corps est le siège de lésions semblables à celles des membres supérieurs et ne laissant entre elles aucun intervalle de peau saine.

Le 27. Le malade éprouve dans la soirée une céphalée violente qui persiste une partie de la nuit.

Le 28. La céphalée est moindre.

Le 29. La langue est légèrement blanche, le visage un peu conges-

tionné; dans la soirée, céphalalgie plus intense qu'hier; dans la nuit peu de sommeil.

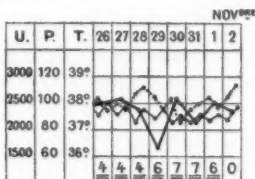
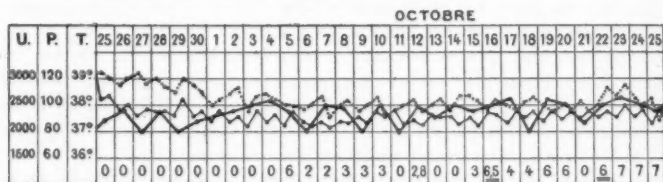
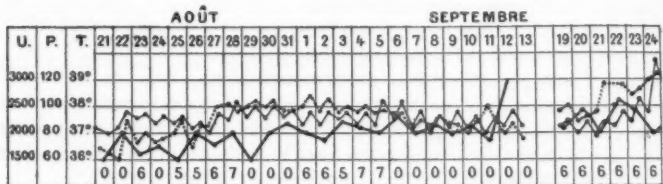
Le 3 septembre. La céphalée, qui avait cédé après la suspension du traitement thyroïdien, reparait peu intense; pas de troubles digestifs. Le soir, vomissement provoqué par une forte ingestion d'alcool.

Le 4. Le malade accuse une hyperesthésie générale de tout le tégument. Inappétence.

Le 5. Embarras gastrique, ictère. (Ipéca 1 gr. 50). Lavements froids. Les lésions cutanées sont absolument stationnaires.

On suspend le traitement pendant la durée de l'ictère.

Le 19. On le reprend. On note que les placards psoriasiques sont un



peu décolorés, les squames moins larges et, sur une grande partie des placards, presque punctiformes et comme chagrinées, formant une série de petits mamelons isolés. Quelques éléments de petite dimension, sur la paroi abdominale, se sont affaissés et réduits d'étendue. Il est incontestable qu'il y a une diminution notable dans l'étendue et l'intensité des lésions.

Le 23. Lassitude générale, inappétence, angine folliculaire, langue blanche, sommeil léger, céphalalgie assez intense.

Le 24. Même état; sueurs diurnes et nocturnes. Les lésions cutanées sont manifestement améliorées; la peau a un aspect granité, les squames sont plus fines.

Le 25. Les symptômes généraux ne s'étant pas amendés, on suspend la médication thyroïdienne.

Le 28. L'appétit est revenu, les symptômes de l'angine sont en voie de disparition depuis deux jours.

Le 6 octobre. On reprend la médication thyroïdienne; pendant sa suspension, les lésions cutanées ont continué à s'amender.

Le 11. Les lésions de la portion sus-ombilicale du tronc ont presque disparu; on ne voit plus que quelques taches disséminées entre l'ombilic et le sternum et un placard du diamètre d'une pièce de 2 francs au-dessus du sein droit, ce dernier développé en cours de traitement. Sur la portion sous-ombilicale du tronc, les fesses, les membres, les placards ont légèrement diminué d'étendue et de coloration; la desquamation blanche, mince, brillante, présente par places un aspect chagriné manifeste. Le malade déclare que le résultat actuel du traitement est supérieur à celui que produisent, dans le même temps, les divers agents externes. Le malade qui avait maigri à la suite des diverses complications intercurrentes, a augmenté de poids. Appétit normal, non exagéré. Quelques douleurs intermittentes dans les jambes, particulièrement dans les mollets.

Le 13. Le malade se plaint de prurit au niveau des lésions des avant-bras.

Le 21. Douleurs dans les épaules, coliques, diarrhées; ces phénomènes persistent les jours suivants.

Le 28. Les placards de la partie inférieure du tronc ont continué à devenir moins rouges et moins squameux. Aux avant-bras, l'étendue des placards se réduit surtout par leur partie inférieure et, dans les portions persistantes, la desquamation est moindre. Le placard sus-mammaire de récente formation est plus étendu et plus rouge. Le prurit persiste.

Le 4 novembre. L'amélioration s'accroissait encore lorsque le malade tombe à 6 heures du matin, après avoir ingéré une demi bouteille de rhum, dans le coma accompagné d'hémiplégie droite. Il succombe à 8 heures du soir.

Poids : le 20 août, 59 kilogr.; le 5 septembre, 56 kilogr.; le 15, 54 kilogr.; le 2 octobre, 59 kilogr. 5; le 6, 61 kilogr.; le 15, 62 kilogr.; le 19, 63 kilogr.; le 27, 61 kilogr. 5; le 3 novembre, 59 kilogr. 5.

L'ACTINOMYCOSE DANS LE SUD-OUEST DE LA FRANCE

Par **W. Dubreuilh** et **D. Frèche** (1).

L'actinomycose est une maladie peu connue en France et qui passe encore pour rare, probablement, comme nous le verrons plus loin, parce qu'elle n'est pas diagnostiquée. Bien que Robin et Laboulbène l'aient observée chez l'homme en 1853, il faut arriver à ces dernières années pour en trouver de nouvelles observations, tandis qu'en Allemagne et surtout en Autriche, les cas d'actinomycose humaine étaient l'objet de très nombreuses publications.

En France l'actinomycose humaine a surtout été observée à Paris, à Lyon, Reims, Lille et Bordeaux, mais il faut dire que la plupart des malades venaient non de la ville mais de la région voisine.

Nous en rapportons ici sept cas dont six ont été observés à la clinique dermatologique de la Faculté et le septième nous a été obligeamment communiqué par M. le professeur Picot.

Tous ces cas appartiennent à la forme la plus commune de la maladie, celle qui prend son origine dans une dent cariée et vient apparaître dans la région cervico-faciale sous forme de fistule ou de placard induré.

Dans tous les cas l'origine dentaire est probable en raison des relations de voisinage et même de continuité du placard sous-cutané avec l'une ou l'autre arcade dentaire ; il est généralement adhérent en quelque point à l'os qui paraît quelquefois tuméfié. De plus nous avons toujours trouvé en ce point des dents cariées ou leurs traces.

Dans les observations I, IV, VI, VII, la marche des événements indique plus nettement encore l'origine dentaire et dans l'observation I le malade qui faisait souvent sur sa dent des efforts de succion pour calmer la douleur, en fit sortir une fois un grain jaune gros comme une tête d'épingle et qui se laissait facilement écraser. Du reste la plupart des malades avaient déjà consulté un dentiste qui, pensant à un simple abcès dentaire, avait pratiqué ou conseillé l'arrachement de la dent.

Le début de la maladie simule tout à fait un abcès dentaire, sa marche est souvent assez aiguë. Dans l'observation V on crut à un phlegmon de la région parotidienne qui fut incisé mais il ne sortit que du sang au dire du malade. Il en fut de même dans l'observation VI dont nous avons pu suivre toute l'évolution puisque la malade était en traitement pour un psoriasis quand les premiers accidents ont fait

(1) Communication au Congrès français de médecine. 2^e session. Bordeaux, août, 1895.

leur apparition. Un nodule dur, profond, s'est d'abord montré, en rapport avec une dent cariée et douloureuse ; il a rapidement augmenté de volume s'accompagnant d'œdème inflammatoire de toute la joue. Nous-mêmes, croyant à un abcès dentaire, conseillâmes l'extraction de la dent, ce qui fit diminuer les douleurs, rétrocéder l'œdème du voisinage et reconnaître un placard dur caractéristique. Cette observation est particulièrement intéressante parce que nous avons pu affirmer le diagnostic d'actinomycose avant qu'il y ait aucune suppuration, et d'après les seuls caractères du placard induré de la joue.

Tous nos cas d'actinomycose ont présenté assez de ressemblance pour qu'on puisse en faire une description d'ensemble. On trouve dans la région du maxillaire inférieur ou plus rarement du maxillaire supérieur (obs. VI) une large plaque d'induration profonde, occupant toute l'épaisseur de la joue ou s'étendant sur le cou. Cette plaque frappe tout d'abord par sa dureté ligneuse mais les contours peuvent en être quelquefois masqués par l'œdème inflammatoire de voisinage. Elle est intimement adhérente à l'os de la mâchoire au niveau du sillon gingivo-génien et l'os lui-même paraît augmenté de volume. La muqueuse est mobile sur la tumeur mais celle-ci adhère à la peau qui n'offre guère de mobilité que sur les bords. Les téguments sont un peu violacés, ou quelquefois rouges dans le cas d'inflammation aiguë, circonstance assez fréquente mais momentanée. La surface du placard est bosselée et l'on y peut parfois distinguer plusieurs nodules plus ou moins distincts ou même isolés.

Au bout de quelque temps, il se forme des saillies inflammatoires globuleuses, très nettement limitées, rouges, un peu douloureuses, du volume d'une noisette ou d'un œuf, qui se ramollissent, deviennent fluctuantes, violacées, et s'ouvrent pour donner issue à une faible quantité de pus. En s'ouvrant, elles ne s'affaissent que très incomplètement et se referment pour se rouvrir au bout de quelques jours ou bien il reste un orifice fistuleux. Quand on examine ces tumeurs saillantes, on les trouve formées d'une masse de fongosités très molles, pseudo-fluctuantes ; la pression en fait sortir du pus qui n'est pas collecté mais plutôt infiltré dans les fongosités. L'exploration au stylet permet une pénétration assez profonde mais sans qu'on trouve de surface osseuse. Le stylet pénètre généralement jusqu'au voisinage de la dent cariée qui a été le point de départ de la maladie.

Plus tard, la tumeur peut s'affaisser un peu et l'ouverture prend l'aspect fistuleux, mais elle a toujours une grande tendance à se refermer d'une façon intermittente. Ces saillies pseudo-fluctuantes ou fistuleuses reposent toujours sur le placard induré que nous avons décrit et qui les déborde plus ou moins.

Le premier pus qui sort ne contient pas de microbes de la suppuration mais seulement quelques grains jaunes. Celui qui sort plus

L'ACTINOMYCOSE DANS LE SUD-OUEST DE LA FRANCE

Par **W. Dubreuilh** et **D. Frèche** (1).

L'actinomycose est une maladie peu connue en France et qui passe encore pour rare, probablement, comme nous le verrons plus loin, parce qu'elle n'est pas diagnostiquée. Bien que Robin et Laboulbène l'aient observée chez l'homme en 1853, il faut arriver à ces dernières années pour en trouver de nouvelles observations, tandis qu'en Allemagne et surtout en Autriche, les cas d'actinomycose humaine étaient l'objet de très nombreuses publications.

En France l'actinomycose humaine a surtout été observée à Paris, à Lyon, Reims, Lille et Bordeaux, mais il faut dire que la plupart des malades venaient non de la ville mais de la région voisine.

Nous en rapportons ici sept cas dont six ont été observés à la clinique dermatologique de la Faculté et le septième nous a été obligeamment communiqué par M. le professeur Picot.

Tous ces cas appartiennent à la forme la plus commune de la maladie, celle qui prend son origine dans une dent cariée et vient apparaître dans la région cervico-faciale sous forme de fistule ou de placard induré.

Dans tous les cas l'origine dentaire est probable en raison des relations de voisinage et même de continuité du placard sous-cutané avec l'une ou l'autre arcade dentaire ; il est généralement adhérent en quelque point à l'os qui paraît quelquefois tuméfié. De plus nous avons toujours trouvé en ce point des dents cariées ou leurs traces.

Dans les observations I, IV, VI, VII, la marche des événements indique plus nettement encore l'origine dentaire et dans l'observation I le malade qui faisait souvent sur sa dent des efforts de succion pour calmer la douleur, en fit sortir une fois un grain jaune gros comme une tête d'épingle et qui se laissait facilement écraser. Du reste la plupart des malades avaient déjà consulté un dentiste qui, pensant à un simple abcès dentaire, avait pratiqué ou conseillé l'arrachement de la dent.

Le début de la maladie simule tout à fait un abcès dentaire, sa marche est souvent assez aiguë. Dans l'observation V on crut à un phlegmon de la région parotidienne qui fut incisé mais il ne sortit que du sang au dire du malade. Il en fut de même dans l'observation VI dont nous avons pu suivre toute l'évolution puisque la malade était en traitement pour un psoriasis quand les premiers accidents ont fait

(1) Communication au Congrès français de médecine. 2^e session. Bordeaux, août, 1895.

leur apparition. Un nodule dur, profond, s'est d'abord montré, en rapport avec une dent cariée et douloureuse ; il a rapidement augmenté de volume s'accompagnant d'œdème inflammatoire de toute la joue. Nous-mêmes, croyant à un abcès dentaire, conseillâmes l'extraction de la dent, ce qui fit diminuer les douleurs, rétrocéder l'œdème du voisinage et reconnaître un placard dur caractéristique. Cette observation est particulièrement intéressante parce que nous avons pu affirmer le diagnostic d'actinomycose avant qu'il y ait aucune suppuration, et d'après les seuls caractères du placard induré de la joue.

Tous nos cas d'actinomycose ont présenté assez de ressemblance pour qu'on puisse en faire une description d'ensemble. On trouve dans la région du maxillaire inférieur ou plus rarement du maxillaire supérieur (obs. VI) une large plaque d'induration profonde, occupant toute l'épaisseur de la joue ou s'étendant sur le cou. Cette plaque frappe tout d'abord par sa dureté ligneuse mais les contours peuvent en être quelquefois masqués par l'œdème inflammatoire de voisinage. Elle est intimement adhérente à l'os de la mâchoire au niveau du sillon gingivo-génien et l'os lui-même paraît augmenté de volume. La muqueuse est mobile sur la tumeur mais celle-ci adhère à la peau qui n'offre guère de mobilité que sur les bords. Les téguments sont un peu violacés, ou quelquefois rouges dans le cas d'inflammation aiguë, circonstance assez fréquente mais momentanée. La surface du placard est bosselée et l'on y peut parfois distinguer plusieurs nodules plus ou moins distincts ou même isolés.

Au bout de quelque temps, il se forme des saillies inflammatoires globuleuses, très nettement limitées, rouges, un peu douloureuses, du volume d'une noisette ou d'un œuf, qui se ramollissent, deviennent fluctuantes, violacées, et s'ouvrent pour donner issue à une faible quantité de pus. En s'ouvrant, elles ne s'affaissent que très incomplètement et se referment pour se rouvrir au bout de quelques jours ou bien il reste un orifice fistuleux. Quand on examine ces tumeurs saillantes, on les trouve formées d'une masse de fongosités très molles, pseudo-fluctuantes ; la pression en fait sortir du pus qui n'est pas collecté mais plutôt infiltré dans les fongosités. L'exploration au stylet permet une pénétration assez profonde mais sans qu'on trouve de surface osseuse. Le stylet pénètre généralement jusqu'au voisinage de la dent cariée qui a été le point de départ de la maladie.

Plus tard, la tumeur peut s'affaisser un peu et l'ouverture prend l'aspect fistuleux, mais elle a toujours une grande tendance à se refermer d'une façon intermittente. Ces saillies pseudo-fluctuantes ou fistuleuses reposent toujours sur le placard induré que nous avons décrit et qui les déborde plus ou moins.

Le premier pus qui sort ne contient pas de microbes de la suppuration mais seulement quelques grains jaunes. Celui qui sort plus

tard pendant des semaines et des mois est infecté secondairement mais contient toujours en plus ou moins grande abondance des grains jaunes ; il est crémeux avec une certaine viscosité et se coagule dès qu'il est exposé à l'air, surtout celui qui est obtenu par expression et qui contient toujours une certaine proportion de sang.

Les grains caractéristiques de l'actinomycose sont quelquefois gros comme une tête d'épingle et alors peuvent attirer les regards quand on ouvre l'abcès sans qu'il soit nécessaire de prendre des précautions particulières. Lorsque les grains sont rares et petits, le meilleur moyen de les trouver est de recevoir le pus sur une lame de verre. Dès que le pus est coagulé, ce qui arrive très vite, on dissocie le caillot avec une aiguille et l'on y trouve très facilement des grains ronds du volume d'un grain de sable à une tête d'épingle, jaune pâle, se laissant isoler et promener sur la lame avec l'aiguille sans changer de forme. Ils se distinguent par leur forme ronde et par leur solidité des grumeaux jaunâtres qu'on peut trouver dans le pus des abcès tuberculeux ; ces derniers se déchirent et se déforment quand on les promène avec l'aiguille ; ils se laissent moins bien isoler du pus tuberculeux lequel du reste n'a pas la même tendance à se coaguler.

Quand on examine ces grains au microscope dans une goutte de glycérine en le recouvrant d'une lamelle et en évitant de trop l'écraser, on aperçoit sur le bord de la petite masse lobulée une structure radiée ou en palissade due à des corpuscules allongés en massue, serrés les uns contre les autres. Cet examen extemporané est aussi caractéristique que possible. Dans les préparations de pus écrasé et étalé sur la lamelle et colorées par la méthode de Gram, on ne voit guère les extrémités en massue dont le groupement donne aux grains leur aspect rayonné mais seulement des amas de filaments très fins enchevêtrés et ramifiés comme ceux de n'importe quel streptothrix.

Ainsi que nous l'avons dit, le début peut être assez aigu, presque phlegmoneux, puis les accidents s'atténuent laissant une plaque ou une tumeur profonde dure, adhérente à l'os. Cette plaque grandit peu à peu, pendant des semaines ou des mois, puis se bossèle de tumeurs saillantes, molles, qui s'ouvrent et restent fistuleuses ; les premières fistules formées se ferment pendant qu'il s'en produit d'autres.

La maladie peut ainsi évoluer pendant des mois et même des années. Le placard induré ne grandit pas constamment, il peut même diminuer spontanément après l'ouverture des fistules. Si les lésions d'actinomycose ont une grande tendance à s'étendre et à se déplacer en surface, elles gagnent peu en profondeur et on les voit plutôt perdre peu à peu leurs connexions avec les os pour se cantonner dans la peau et l'hypoderme.

Il peut arriver qu'un placard actinomycotique, même en voie d'amélioration s'infecte secondairement et devienne le siège d'abcès phlegmoneux vulgaires. Le pus qui en sort est crèmeux, bien lié contient des microbes vulgaires de la suppuration et aussi quelquefois des grains jaunes mais en faible abondance. Ces abcès vulgaires s'affaissent plus complètement que les abcès actinomycotiques vrais lesquels contiennent plus de fongosités que de pus.

Quelques malades ont présenté des particularités intéressantes. Dans l'observation V, la pénétration s'étant faite par la dent de sagesse inférieure gauche la maladie a débuté par un gonflement phlegmoneux de la région parotidienne et par un abcès de l'amygdale du même côté. En raison de la facilité spéciale avec laquelle se font les infections de l'amygdale, l'abcès de la gorge a suppuré, mais le gonflement de la parotide qui fut incisé ne donna issue qu'à du sang ou au moins à fort peu de pus.

Dans l'observation IV, le malade avait des coliques très douloureuses accompagnées de constipation qui devenaient de plus en plus fréquentes et qui disparurent définitivement en quelques jours par le traitement ioduré. Il est vraisemblable qu'il s'agissait de quelque localisation intestinale de l'actinomycose.

Dans tous les cas où il a été appliqué et régulièrement suivi, le traitement ioduré a donné les meilleurs résultats. Le premier malade a été guéri par le curettage; le troisième n'a été vu qu'une fois; le septième a commencé le traitement depuis trop peu de temps pour qu'on puisse en parler. Les quatre autres ont guéri par l'iodure de potassium, réserve faite pour le malade de l'observation II qui a été perdu de vue avant que la guérison fût complète. Les doses d'iodure ont varié de 2 à 6 grammes par jour et ont été bien supportées.

Au bout d'une semaine on remarque un affaissement déjà très appréciable des lésions, l'œdème périphérique quand il existait a disparu, le placard induré a diminué d'étendue, ses bords sont moins nets et plus souples; mais les points fluctuants qui tendent à la suppuration ne sont guère modifiés, ils paraissent même plus saillants ce qui tient en partie à l'affaissement des parties voisines. Pendant les semaines suivantes le placard diminue progressivement de la périphérie vers le centre la dureté ligneuse du début faisant place à une consistance fibreuse plus souple. Pendant fort longtemps les fistules continuent à fournir du pus par la pression et ce pus contient des grains jaunes d'actinomycose. On voit survenir de temps en temps des abcès surtout à l'occasion des interruptions du traitement et ces abcès bien que dûs en grande partie à des infections secondaires contiennent souvent des grains jaunes. Il faut en somme deux à quatre mois pour obtenir la guérison complète. Le malade de l'observation IV a été guéri en un mois, celui de l'observation V n'a été complètement

guéri qu'au bout de sept à huit mois. La guérison est donc beaucoup plus longue à obtenir dans l'actinomycose que dans la syphilis tertiaire. Il est vrai qu'elle pourrait probablement être notablement abrégée par des opérations incomplètes telles que le curettage des trajets fistuleux ou des tumeurs fongueuses.

Cette lenteur plus grande de la guérison complète tient peut-être à un mode d'action différent du médicament. Nous ne savons pas comment agit l'iodure dans la syphilis, mais pour l'actinomycose, nous savons fort bien qu'il n'agit pas sur le parasite d'une façon directe. M. Nocard a montré que l'actinomycose se développe très bien dans les milieux artificiels les plus riches en iodure de potassium; Bérard, Dor, et nous-mêmes sur des cultures obtenues dans l'observation VI par M. Rivière avons constaté que les doses les plus élevées d'iodure de potassium ne gênent nullement la culture en milieu artificiel. Il faut donc bien admettre que l'iodure agit en modifiant les humeurs ou les éléments anatomiques, probablement les deux, et en créant ainsi un milieu défavorable. Cela expliquerait la marche de la guérison, la lente disparition des indurations inflammatoires, la longue persistance des grains actinomycotiques dans le pus. Sous l'influence de l'iodure alcalin l'organisme se défend mieux, l'actinomycose cesse d'envahir les parties vivantes, mais dans le pus et dans les parties fongueuses, profondément altérées, où toute résistance vitale a cessé, il continue à végéter malgré l'iodure comme il le fait dans les milieux artificiels.

Le nombre d'observations d'actinomycose humaine publiées en France est assez restreint, il tend cependant à s'accroître rapidement et chose assez remarquable, d'une façon régionale. Il est probable que la maladie n'est pas très rare, mais qu'elle est souvent méconnue. Lorsque dans une région on a appris à reconnaître l'actinomycose les cas se multiplient : c'est ce qui est arrivé à Lille, à Lyon et à Bordeaux. On ne peut expliquer autrement que tous les cas que nous publions sauf un, aient été vus dans un seul et même service, et à notre connaissance il n'en a pas été observé d'autres à Bordeaux.

Les dentistes et les chirurgiens doivent avoir autant et même plus que le dermatologiste, l'occasion d'en rencontrer. Il est probable que la plupart sont pris au début pour de simples abcès dentaires ; un bon nombre doivent guérir spontanément ; ceux qui persistent sont considérés comme des lésions tuberculeuses et guéries par le curettage, d'autres sont considérées comme de nature syphilitique et guéries par l'iodure de potassium ; le diagnostic paraissant dans ce dernier cas confirmé par les résultats du traitement.

Il nous paraît important de signaler l'existence et même la fréquence possible de l'actinomycose dans notre région parce que tous les cas peuvent n'être pas bénins. Quelques-uns de nos malades portaient

depuis un an ou plus une lésion fort gênante et fort disgracieuse par la douleur, la déformation et la suppuration qu'elle causait; il existe, bien que nous n'en ayons pas observé avec certitude, des cas d'actinomycose profonde et viscérale qui se terminent par la mort et contre lesquels la chirurgie la plus audacieuse reste impuissante. Ces malades peuvent être sauvés par une médication appropriée si la nature de leur affection est reconnue.

Dans les suppurations chroniques des viscères de la peau en général et surtout de la face, lorsqu'on hésite entre la tuberculose et la syphilis tertiaire, il faut donc penser à l'actinomycose et en rechercher les signes pathognomoniques par l'examen du pus.

Obs. I. — *Actinomycose de la région maxillaire droite, curettage, guérison* (1).

JEAN-BAPTISTE D..., âgé de 19 ans, boulanger, ne présente dans ses antécédents héréditaires rien de remarquable; son père et sa mère sont encore vivants et en bonne santé: le père souffre cependant de temps à autres de rhumatisme. Il est né à Hugas (Landes). Pendant son enfance, alors qu'il fréquentait l'école, il fut atteint de bronchites à répétition et de fièvres intermittentes, d'ailleurs endémiques dans le pays marécageux qu'il habite. A l'âge de 14 ans, il s'adonna aux travaux des champs, et tout particulièrement aux soins des bestiaux; mais un an plus tard il quittait ses parents pour embrasser la profession de boulanger dans la commune même où il habitait. Pendant qu'il travaillait aux champs, il avait l'habitude de mâcher des grains de froment ou de maïs, et, devenu boulanger, il continua, tout en travaillant à s'introduire fréquemment dans la bouche des grains de blé. Il ne se souvient nullement, pendant qu'il soignait le bétail, avoir été en contact avec des animaux porteurs d'un abcès quelconque.

Vers l'âge de 15 ans et demi, sa première grosse molaire droite de la mâchoire inférieure se caria; elle le faisait un peu souffrir, mais les douleurs étaient tolérables et il s'en inquiéta peu.

Cependant vers l'âge de 17 ans, étant alors à Bayonne où il était venu se fixer, ces douleurs devinrent plus fréquentes et plus vives. A cette époque, écoutant l'avis de certaines personnes de son entourage qui lui disaient que ses souffrances étaient dues à la présence d'un ver dans sa dent, D... se mit à opérer à son niveau des suctions répétées. Elles n'aboutirent d'abord qu'à la sortie d'un peu de sang, ce qui le calmait un peu; puis un jour il trouva dans ses crachats un grain jaune, gros comme une tête d'épingle, se laissant facilement écraser. Aussitôt après l'expulsion de ce corpuscule, le malade cessa de souffrir.

Après sept mois de séjour à Bayonne, en octobre 1891, il vint à Bordeaux. Huit mois après son arrivée, en mai 1892, il remarqua que vers le milieu de la mâchoire inférieure se montrait un « bouton » gros comme un pois, presque indolore, et qui vers le milieu de la même année avait acquis le

(1) Le malade a été présenté à la Société d'Anatomie de Bordeaux le 30 janvier 1893; l'observation a été publiée dans la thèse de M. le Dr Taburet, Bordeaux, 1893.

volume d'une noisette. Croyant que cette tumeur était d'origine dentaire, le malade se fit extraire sa dent cariée par un dentiste; mais celui-ci la lui brisa, et laissa un morceau de racine dans l'alvéole. A la suite de cette intervention incomplète, la tumeur diminua de volume pendant une huitaine de jours, mais elle ne tarda pas à reprendre son volume primitif, à le dépasser même, de telle sorte que quinze jours plus tard elle avait acquis le volume d'une noix.

C'est alors (janvier 1893) que le malade vient à la consultation du Dr Dubreuilh qui note l'état suivant :

Parallèlement à la mâchoire inférieure, et un peu au-dessus d'elle, siège une tumeur du volume d'une grosse amande saillante, violacée, de consistance molle, un peu résistante, recouverte par une peau lisse et amincie, un peu adhérente. A première vue cette tumeur rappelle l'aspect d'une gomme tuberculeuse sur le point de s'ulcérer. L'examen de la bouche montre l'intégrité des gencives et de la muqueuse de la joue qui a conservé toute sa mobilité. L'os est sain. Le sommet de la tumeur est ulcéré; une croûte recouvre l'ulcération, de la grandeur d'une lentille. En enlevant cette croûte, on voit s'écouler quelques gouttes d'un pus jaunâtre, dans lequel on remarque trois ou quatre grains, d'une couleur jaune soufre, dont le plus gros a le volume d'une tête d'épingle. En pressant la tumeur, on en exprime après la sortie du pus, quelques bourgeons charnus molasses et violacés, et quelques gouttes d'une sérosité purulente.

Les grains jaunes examinés au microscope à un faible grossissement, sans écrasement préalable, ont paru constitués par de petits blocs grisâtres, entourés d'une couronne de filaments claviformes, irrégulièrement radiés. A un fort grossissement on reconnaît la structure de l'actinomycose.

A part cette lésion locale, le malade paraît jouir d'une bonne santé. Il n'offre ni tare tuberculeuse, ni tare syphilitique; l'examen de ses crachats y a démontré l'absence de bacilles de la tuberculose et d'actinomyces. Il ne présente qu'un peu de bronchite et d'emphysème pulmonaire, qu'on doit attribuer à sa profession.

Le malade fut opéré par M. le professeur Demons, qui râcla cet abcès intra-dermique, en régularisa les bords et sutura la plaie qui se réunit par première intention.

Le 4 mai 1893, D... se porte parfaitement; il n'a plus souffert depuis l'opération, et l'on trouve, à la place de l'ancienne tumeur, une cicatrice rougeâtre tendant à pâlir.

Obs. II. — *Actinomycose de la joue gauche. Guérison par le traitement ioduré* (1).

Catherine M..., 25 ans. La lésion a débuté il y a huit mois par une gêne dans les mouvements de la mâchoire, localisée surtout au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche. Deux mois après apparut dans cette région une tumeur de la grosseur d'un petit pois qui roulait sous le doigt. Cette tumeur, au dire de la malade, aurait à peu près complètement disparu

(1) La malade a été présentée à la Société de médecine de Bordeaux le 1^{er} juin 1894.

à trois reprises différentes, à quinze jours d'intervalle, mais elle a grossi rapidement depuis la fin de décembre 1893. La malade a d'excellents antécédents héréditaires, ses parents sont en vie et bien portants. Quatre frères et sœurs sont en bonne santé. Seul un de ses frères qui, paraît-il, ne jouissait pas de toutes ses facultés, est mort il y a six mois d'une affection intestinale indéterminée. Catherine M..., est à la campagne; elle s'est occupée il y a deux ans de travaux des champs, mais elle ne se souvient pas de s'être piquée avec des barbes de blé; elle n'a jamais eu de contact avec des bœufs malades.

La malade vient à la clinique dans les premiers jours de mai 1894. A ce moment la lésion se présente sous forme d'un placard légèrement rouge, induré, à limites diffuses, occupant presque toute la joue gauche et surplombé à la partie inférieure, vers l'angle postérieur de la mâchoire par une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, très molle et fluctuante. Ce placard déborde de 2 centim. l'arcade zygomatique gauche, recouvre l'os malaire, longe le sillon naso-génien, la commissure labiale, le bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'à l'angle postérieur qu'il déborde.

En arrière, il recouvre entièrement la branche montante du maxillaire inférieur. Ce placard est dur, d'une consistance presque ligneuse; il occupe toute l'épaisseur des parties molles de la joue qui sont fortement épaissies et il semble faire corps avec les parties osseuses et musculaires sous-jacentes. A la partie postéro-inférieure, vers l'angle de la mâchoire, il existe une tumeur ovalaire, de la grosseur d'un œuf de poule placée au devant de la branche montante du maxillaire inférieur, à contours très nettement limités, faisant une saillie hémisphérique de 2 centimètres et demi au-dessus du placard sur lequel elle repose. A ce niveau la peau est considérablement amincie, de couleur rouge violacé, sphacélée en un point. Fluctuation très nette. Dans les autres points la peau est simplement rouge.

A un centimètre en arrière de la commissure gauche des lèvres, la palpation à l'aide d'un doigt introduit dans la bouche permet de constater une petite tumeur aplatie de la grosseur d'une petite amande, située dans l'épaisseur de la joue et qui est indépendante du placard principal. Il n'y a aucun changement dans la couleur de la peau en ce point.

La muqueuse de la face interne des joues présente au niveau de l'interligne dentaire des travées blanchâtres d'aspect cicatriciel. Point de douleur spontanée, sauf quelques légers élancements; la palpation est un peu douloureuse au niveau des parties dures mais il y a une vive sensibilité à la surface et au pourtour de la tumeur molle. La malade ouvre très difficilement la bouche. Pas de ganglions.

Examen des dents. — Il n'existe plus que les racines de la deuxième prémolaire et de la première grosse molaire supérieure gauche. La canine et la première prémolaire supérieure gauches sont aussi cariées. A la mâchoire inférieure les deux premières molaires droites sont cariées. A droite toutes les dents sont saines. A l'auscultation du poumon on ne trouve que quelques sibilances du côté droit.

18 mai. La tumeur de la joue s'est ouverte au niveau du point sphacélé. Il existe deux trajets fistuleux par lesquels sortent des fongosités viola-

cées extrêmement molles, du pus en assez faible quantité mais contenant des grains jaunes et un suintement continu, clair et incolore comme de l'eau. L'examen microscopique des grains jaunes montre l'actinomyces.

Traitement. — Iodure de potassium 2 gr. par jour.

Le 31. Le placard a beaucoup diminué il est plutôt empâté que ligneux. La petite tumeur près de la commissure est beaucoup plus petite. La tumeur ovoïde s'est recouverte d'épiderme, elle est moins volumineuse et a la consistance d'un œdème gélatineux.

Par la fistule s'écoule à la pression une certaine quantité d'un liquide jaunâtre, visqueux, à peu près transparent.

Si l'on examine d'un peu près, on remarque que le liquide n'est pas collecté mais infiltré dans un réseau blanchâtre. Environ toutes les semaines il s'opère un certain écoulement de liquide.

La malade a quelquefois remarqué une augmentation du volume de la tumeur pendant la mastication.

On se demande s'il n'existe pas une fistule parotidienne.

Pendant l'examen il s'écoule de minute en minute une goutte de liquide jaunâtre, visqueux, transparent qui se trouble par le refroidissement. La pression sur la tumeur est fort douloureuse.

15 juin 1894. La tumeur a diminué de moitié, mais elle fournit encore le même liquide jaune, transparent et visqueux. L'induration de la joue a complètement disparu; il reste encore un peu d'épaississement des tissus le long de la branche montante du maxillaire.

Le 29. Plus d'induration, il n'existe plus que la tumeur moitié moins volumineuse qu'au début.

La malade est perdue de vue.

Obs. III. — *Actinomycose de la joue gauche* (1).

X..., 18 ans, forgeron, vient à la Clinique au mois de juin 1894 pour une petite tuméfaction de la joue qui remonte à quelques jours à peine.

Vers la partie médiane du maxillaire inférieur gauche, on voit une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, à grand diamètre transversal qui fait une saillie d'environ 1 centimètre et demi au-dessus des parties voisines. La peau qui la recouvre est légèrement rouge, non amincie; la tumeur est manifestement fluctuante. Cette dernière repose sur un placard assez régulier, à limites nettes qui la débordent de 2 centim. environ de tous côtés. Le placard est situé dans l'épaisseur même de la joue et semble être en continuité en bas avec le maxillaire, du côté du cul-de-sac gingivogénien. Le maxillaire est notablement augmenté de volume dans ses deux tiers postérieurs. Les dents sont en mauvais état, surtout la première grosse molaire inférieure gauche qui est presque complètement cariée. La dent de sagesse n'a pas encore évolué. Il n'existe pas de douleur ni spontanée, ni à la pression. La ponction de la petite tumeur donne issue à du pus contenant un petit nombre de grains jaunes que l'examen microscopique montre être des grains actinomycotiques.

Le malade n'est pas revenu à la Clinique et n'a pu être retrouvé.

(1) Le malade a été présenté à la Société de médecine de Bordeaux, le 27 juillet 1894.

Obs. IV. — *Actinomycose de la joue gauche. Accidents intestinaux ; traitement ioduré. Guérison.*

G. M., 41 ans, cultivateur de Beaumont en Périgord.

Il y a trois ans environ, le malade a vu apparaître un gonflement de la moitié gauche de la lèvre inférieure s'accompagnant parfois d'une desquamation du bord libre de la lèvre. Cette lèvre était le siège d'une vive cuisson. L'hiver dernier, il s'est développé un petit placard induré au niveau de la partie moyenne du maxillaire inférieur puis quelque temps après un deuxième au niveau de la région sus-hyoïdienne qui ont progressivement augmenté de volume.

Actuellement, 1^{er} août 1894, presque toute la lèvre inférieure est rouge, d'aspect lymphatique et de consistance pâteuse. A la face interne, on voit sur la muqueuse 5 ou 6 papules dures, blanches, de la grosseur d'une tête d'épingle, légèrement aplaties et qui ressemblent à des papules de lichen plan. Vers le milieu de la joue existe un trajet fistuleux donnant issue à un liquide visqueux, louche. On voit aussi une tumeur ovalaire de 6 centimètres sur 2 à cheval sur le maxillaire inférieur, adhérente à l'os par les deux bords, limitée de chaque côté par un sillon qui semble avoir creusé le maxillaire inférieur. Cette tumeur s'est vidée à plusieurs reprises en donnant issue à du pus. Par la pression on peut encore faire sourdre par un petit trajet fistuleux situé à la partie inférieure un peu de pus qui contient quelques grains jaunes.

Au-dessous de cette tumeur, dans la région sus-hyoïdienne il en existe une autre du volume d'un abricot, dure, adhérente aux parties profondes, non mobilisable, sans modification de la peau à la surface. Le maxillaire est augmenté de volume, les dents sont en fort mauvais état. A la mâchoire inférieure il ne reste plus que les incisives et la canine gauche. Pas de douleur, ni de ganglions. Le malade se plaint en outre, depuis un an environ, de violentes crises de coliques. La douleur, très intense, siège au creux épigastrique et s'irradie dans tout le côté droit de l'abdomen ; sa durée varie de une heure à six heures, elle se répète tous les huit jours environ et depuis quelque temps tous les trois jours. Constipation opiniâtre, inappétence presque complète.

Traitement. — KI, 3 gr. par jour.

23 août 1894. — Après vingt-trois jours de traitement l'état général s'est considérablement amélioré. Le malade mange avec grand appétit, les crises intestinales ont disparu. L'empatement de la région sous-maxillaire a disparu, la peau est souple, mobile. La tumeur du maxillaire n'est plus qu'un bourrelet allongé formé par la peau adhérente à l'os, le trajet fistuleux est fermé.

Quelques jours après, la guérison était définitive ; actuellement elle ne s'est pas encore démentie ; les coliques, la constipation ont cessé malgré la suspension du traitement.

Obs. V. — *Actinomycose du cou et de la face. Guérison par l'iodure de potassium.*

M. A., 42 ans, employé de bureau.

On ne trouve rien de spécial à signaler du côté des antécédents héréditaires.

taires; le père et la mère du malade sont en vie et bien portants : lui-même est fils unique et a toujours joui d'une bonne santé.

Le 12 octobre 1894 il a vu apparaître une tuméfaction assez considérable au niveau de la parotide gauche, sans rougeur des parties molles. Le médecin consulté fit le diagnostic de parotidite et ordonna des applications de cataplasmes. Mais la tuméfaction gagna bientôt la région sous-maxillaire, s'étendant en avant jusque vers la ligne médiane, en bas jusqu'au niveau de la partie inférieure du thyroïde, en arrière jusqu'à la partie postérieure du sterno-cléido-mastoidien. La peau était rouge et tendue, le malade avait de la fièvre. Le médecin fit une incision au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire, qui ne donna issue qu'à du sang. En même temps le malade souffrait de la gorge du côté gauche, la déglutition était douloureuse et pénible, les liquides refluait par le nez. Ces maux de gorge durèrent cinq ou six jours et disparurent après l'expulsion spontanée par la bouche d'une assez notable quantité de pus. Le malade ne peut nous renseigner exactement sur la nature de ce pus et nous dire s'il contenait des grains jaunes. Le malade a aussi souffert de la dent de sagesse inférieure gauche qui a été extraite, mais il ne s'est pas produit à la suite de cette extraction une grande modification des lésions. Les phénomènes inflammatoires disparurent au bout de quelques jours et il apparut deux trajets fistuleux, l'un au-dessus de l'incision pratiquée précédemment, l'autre au niveau de la corne gauche de l'os hyoïde. Ces trajets fistuleux donnent naissance de temps à autre à du pus et à un liquide filant et légèrement visqueux et clair.

Actuellement, 15 janvier 1895, c'est-à-dire trois mois après le début de la maladie, il existe dans la région sous-maxillaire gauche un empatement dur, profondément situé, assez nettement limité, qui s'étend de l'angle postérieur du maxillaire inférieur jusqu'au niveau de la ligne médiane. Cet empatement siège à 1 centim. environ au-dessous du rebord inférieur du maxillaire qu'on peut très bien délimiter et avec lequel il ne semble pas faire corps. En bas il s'étend jusqu'au niveau du bord inférieur au thyroïde. Au-dessous du rebord postérieur du maxillaire, il existe une petite tumeur, du volume d'une noisette, moins dure que les parties profondes, au niveau de laquelle la peau est d'un rouge violacé. Au-devant de la corne gauche de l'hyoïde, on voit une petite saillie de la grosseur d'un pois, très molle, fluctuante, recouverte d'une peau très rouge et excessivement mince. L'excision de cette petite tumeur donne issue à du pus qui contient trois ou quatre corpuscules jaunes. Un stylet fin peut être introduit par l'orifice jusqu'à 3 centimètres et demi de profondeur. Point de douleur à la pression, mais il existe une certaine gêne dans les mouvements de la tête et du cou; pas de ganglions. On ne constate aucun trouble du côté des voies digestives ni du poumon. Les dents, sauf la dent de sagesse inférieure gauche qui a été extraite, sont en bon état. Le malade est de petite taille, robuste, sanguin, légèrement obèse; il n'a jamais vécu à la campagne ni mâchonné de la paille.

Traitement. — KI, 3 gr. par jour.

16 février. Les mouvements de la tête et du cou sont plus libres; le placard est moins dur, moins limité, la tumeur de l'angle inférieur de la

mâchoire n'est pas modifiée, le petit trajet fistuleux de la corne de l'hyoïde est fermé et recouvert d'un épiderme mince et rouge.

3 avril 1895. Depuis trois jours, malgré le traitement il s'est produit un gonflement considérable de toute la région cervicale gauche, où il existe une tumeur nettement inflammatoire, du volume d'une grosse orange. La peau est rouge, tendue, très douloureuse au toucher, le malade a ressenti la nuit dernière des élancements dans le maxillaire et a eu plusieurs cauchemars. La langue est sale et blanche, l'haleine fétide. Incision au niveau de la partie supérieure de la tumeur : il s'écoule une assez grande quantité de pus crémeux tenant en suspension des grains jaunes.

Le 9. La partie supérieure de la tumeur s'est fortement affaissée; la tumeur profonde existe encore, mais moins étendue, moins limitée et plus pâteuse. Les abcès qui ont été ouverts la semaine dernière ne se sont plus reformés; ils sont complètement affaissés et réduits à l'état de macule violacée. A la partie inférieure, au-devant du cou, au niveau de la fistule déjà notée, il s'est développé un abcès du volume d'une petite noix, d'aspect franchement inflammatoire. A l'incision il s'écoule une quantité notable de pus crémeux, contenant une masse de grains jaune soufre de toutes les dimensions, quelques-unes atteignent 1 millim. de diamètre. Drainage du trajet fistuleux, pansement boricé humide, suspension momentanée du traitement ioduré.

29 avril. Reprise du traitement. KI 4 gr. par jour. Le trajet fistuleux produit toujours du pus et un liquide clair et filant.

7 juin. Le trajet fistuleux tend à s'oblitérer et ne suppure plus. On ne sent plus d'empatement dans la région sous-maxillaire gauche. La guérison est à peu près complète.

20 juillet. Les trajets fistuleux sont cicatrisés. On ne trouve plus aucune trace de la maladie autre que les cicatrices des fistules et une petite masse indurée du volume d'une noisette située dans la région parotidienne. Ce n'est probablement qu'une masse de tissu cicatriciel destinée à disparaître peu à peu.

10 août. On ne trouve plus aucune trace de la maladie sauf les cicatrices des deux fistules.

Obs. VI. — Actinomycoze de la joue droite. Traitement ioduré. Guérison.

Lucie L..., 19 ans, tailleuse.

Il y a environ deux mois, le 14 mai dernier, la malade a ressenti des maux de tête qui apparaissaient régulièrement tous les soirs à la même heure, les douleurs duraient vingt minutes environ. Les points les plus douloureux étaient le sommet de la tête ainsi que les deux os malaires. Six jours après l'apparition de ces douleurs, la malade s'est aperçue qu'il existait au-devant de l'os malaire droit, une petite grosseur du volume d'un noyau de cerise, dure au toucher, indolente et profondément située. Cette grosseur a progressivement augmenté de volume et s'est accompagnée d'un œdème inflammatoire qui a envahi toute la joue. La malade a fait extraire deux dents : la première grosse molaire supérieure droite et la première molaire supérieure gauche. Les douleurs de tête ont cessé à ce moment et l'œdème de la joue s'est atténué.

Actuellement, 5 juillet, au-devant de l'os malaire existe un placard dur, presque ligneux, qui s'étend verticalement du rebord orbitaire inférieur jusqu'au-dessous du milieu de la joue, au niveau de la commissure droite et qui a environ 5 centim. de large. Ce placard dur ne peut pas être mobilisé et fait corps avec les parties profondes. Adhérent à l'os dans sa partie supérieure, il est libre dans sa partie inférieure située dans l'épaisseur même de la joue. Il offre des limites très nettes. Vers la partie moyenne existe une petite saillie hémisphérique de 1 centim. environ, au niveau de laquelle la peau est rouge violacé et amincie; l'épiderme y est légèrement squameux, tandis que dans les autres portions la peau est simplement un peu rouge. Pas d'œdème inflammatoire à la périphérie; le placard ne déforme pas notablement la physionomie. Il n'existe pas de douleur spontanée, mais la pression détermine une sensation de picotement analogue à celle que produiraient des piqûres d'épingle. Au-devant du tragus droit existe une petite tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise, dure, indolente, qui semble être le ganglion préauriculaire. Rien d'analogue du côté opposé. Pas de trace de syphilis; les dents antérieures présentent des piqûres nombreuses. La malade est forte, vigoureuse et est atteinte d'un psoriasis généralisé. Elle a vécu quelque temps à la campagne, mais n'a jamais été en contact avec des animaux. Pas de ganglions.

8 juillet. Le placard dur de la joue s'est sensiblement agrandi; il est toujours aussi dur, adhérent aux os par sa partie supérieure. Au-devant de la recouvre dans toute son étendue est adhérente à la tumeur et offre une couleur rouge violacé, un peu noirâtre. La peau de la petite saillie est sur le point de se perforer. Par conséquent depuis l'ablation de la dent, à part la décongestion et la disparition de l'œdème périphérique, la lésion n'a cessé de grandir.

Le 12. Le petit abcès s'est ouvert spontanément il y a deux jours et a donné issue à un peu de pus; à l'incision il sort du pus mêlé de sang, dans lequel on trouve un grand nombre de grains actinomycotiques, d'un quart de millimètre en moyenne, arrondis ou ovalaires, bien limités, jaune pâle, tranchant nettement sur le pus et la sérosité, surtout faciles à isoler, après la coagulation du pus. L'examen microscopique dans une goutte de glycérine montre la structure radiée classique.

Traitement. — KI, 3 gr. par jour et pansement boriqué.

Le 19. Le placard induré s'est considérablement assoupli et a presque disparu. La peau a recouvré sa couleur normale; on ne trouve plus qu'une tuméfaction saillante de 1 à 2 centim. de large, rouge, un peu livide, molle et fluctuante, mais remplie plutôt de fongosités que de pus. Cette saillie fluctuante forme le centre d'une plaque de 3 centim. de large, assez mal limitée, dure, intimement adhérente à l'os sous-jacent et qui est tout ce qui reste de l'ancien placard.

10 août. Il persiste encore un placard de 2 centim. de large, dur, mais moins bien limité qu'avant. Adhérent à l'os sous-jacent, la partie centrale seule présente encore une couleur violacée, elle est un peu déprimée et l'on y remarque une petite saillie grande comme une lentille, molle et fluctuante. Une incision donne issue à quelques gouttes de sang mais sans grains jaunes.

Il n'y a plus de douleurs ni de déformation de la face, la seule chose qui frappe à première vue est une tache violacée diffuse de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Obs. VII. — *Actinomyose de la joue droite* (1).

Le nommé A..., âgé de 25 ans, agriculteur, vient à l'hôpital St-André, consulter M. le Dr Picot pour une tumeur ulcérée qu'il présente au niveau de la région inférieure de la joue droite.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou personnels; on ne trouve notamment aucune trace de syphilis ou de tuberculose.

Toujours bien portant, le malade a passé son adolescence dans une ferme-école. Il a ensuite fait son service militaire; en quittant le régiment il a pris une place de régisseur sur un domaine agricole.

Il nous raconte qu'il avait l'habitude de se débarrasser les dents des détritres alimentaires avec des bouts de paille, des brins d'herbe, quelque fois même, il se faisait ainsi saigner les gencives.

L'affection pour laquelle il vient réclamer des soins remonte à deux ans et demi; à cette époque, il s'est aperçu que la portion inférieure de la joue droite enflait, prenait une teinte rougeâtre, était chaude et douloureuse à la pression; en même temps la face interne de la joue ou plus exactement le rebord bucco-gingival inférieur du côté droit devenait le siège d'un gonflement douloureux. Cette fluxion se termina par un abcès qui s'ouvrit dans la bouche.

Cet accident semble avoir été consécutif au plombage d'une dent cariée (la première molaire inférieure du côté droit). Le malade est absolument affirmatif sur ce point et la fluxion aurait suivi de quinze jours les soins donnés à la dent malade.

Notons aussi en passant, sans rien préjuger de la valeur du renseignement, que le dentiste opérateur aurait soigné quelque temps auparavant une dame présentant la même affection que celle dont A..., est actuellement le porteur (?).

Nous sommes alors en avril 1893, la maladie est installée et voici comment elle se comporte à cette époque. La fluxion est terminée par un abcès; mais l'enflure de la joue ne disparut pas après, la peau resta rouge violacée, douloureuse, dure, puis quinze jours à trois semaines après survint un nouveau gonflement aigu suivi encore une fois d'un abcès dont l'ouverture se fit également à l'intérieur de la bouche. A partir de cette époque jusqu'en juin 1894, le malade présenta tous les quinze jours, toutes les trois semaines le même accident... le froid, le vent en favorisaient l'éclosion.

En juin 1894, il consulta le Dr Lartigue de Bégadan qui lui prescrivit à titre d'essai thérapeutique de l'iodure de potassium. Bien que A... n'ait continué le traitement qu'une quinzaine de jours et que la dose quotidienne n'ait pas été très élevée (deux grammes), il s'ensuivit une amélioration considérable: la rougeur s'était effacée, la tuméfaction ligneuse de la peau avait presque disparu. Le malade se croyant guéri cessa le traitement, et de fait six mois se passèrent avant l'apparition d'un nouvel abcès.

(1) Observation recueillie par M. le Dr HOBBS, chef de clinique.

En mars 1895, les abcès devinrent plus fréquents. De plus, tandis que jusque-là, c'est-à-dire pendant près de deux ans, la peau était restée intacte, les abcès se frayant toujours une voie dans l'intérieur de la cavité buccale, nous voyons maintenant la peau s'ulcérer, se creuser d'un trajet fistuleux qui va laisser suinter continuellement de la matière purulente tenant quelquefois en suspension des *grains jaune-soufre* de la grosseur d'une *tête d'épingle*.

En juin 1895, le Dr Burgade de Sainte-Etienne-de-Lisse diagnostique de l'actinomycose, lui donne un traitement à l'iode de potassium (2 gr. par jour).

Actuellement, malgré la longue durée de son affection, le malade présente toutes les apparences d'une santé générale parfaite.

Il se présente à notre examen, la joue couverte d'un bandeau de toile tant à cause de l'écoulement continu du pus que pour se préserver du contact de l'air qui lui est particulièrement douloureux.

Le bandeau enlevé on découvre la joue droite dont la peau est rouge, livide par endroits. L'inflammation est plus particulièrement localisée dans la région inférieure, au niveau de la branche descendante du maxillaire inférieur.

Dans un point, on aperçoit l'ouverture d'un trajet fistuleux entourée d'une zone très rouge et d'apparence fongueuse. La rougeur s'étend légèrement en bas en se dégradant dans la région du cou.

À la palpation, toute la région correspondant à la rougeur décrite plus haut est dure, rénitente, de consistance variable; certains points donnent une sensation de fausse fluctuation; d'autres, au contraire par leur dureté semblent accuser de petites tumeurs incluses dans la profondeur.

L'exploration par le stylet du trajet fistuleux nous renseigne sur sa direction ascendante et légèrement oblique en arrière; les fongosités qui le tapissent saignent facilement. Ce trajet fistuleux a environ un centimètre de longueur, il se termine en cul-de-sac; et le stylet ne vient pas buter sur le maxillaire inférieur.

Nous procédons ensuite à l'examen de la cavité buccale et nous sommes tout d'abord frappé de la gêne considérable que le malade éprouve pour ouvrir la bouche. Il y a un véritable trismus; l'ouverture des arcades dentaires permet difficilement le passage du doigt.

La face interne de la joue droite, le rebord bucco-gingival droit inférieur sont le siège d'un gonflement très accusé. La muqueuse est rouge violacé, anfractueuse, couverte de plis et présente par place un aspect brillant légèrement opalin, rappelant l'aspect des plaques muqueuses. Toute la région est empâtée à partir de la deuxième molaire jusqu'à l'angle de la mâchoire en arrière; nous ne trouvons pas trace de fistule et la pression ne provoque l'issue d'aucun liquide.

Nous devons noter en plus sur la langue, notamment à sa face supérieure et sur la face interne de la muqueuse buccale des taches blanchâtres de leucoplasie qui doivent être attribuées à un abus prolongé du tabac.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter au diagnostic différentiel avec la tuberculose, la syphilis. La marche lente de la maladie, la dureté de la plaque, les abcès à répétition, la présence des grains jaunes remarqués par le malade

lui-même, justifient le diagnostic d'actinomycose déjà porté par le Dr Burgade.

La confirmation absolue en a été fournie par l'examen microscopique.

En examinant le pus dont le bandeau de toile était imprégné, M. Sabrazès a retrouvé de suite par la coloration selon la méthode de Gram, les filaments de l'actinomyces entrecroisés, formant un feutrage. Trois jours après, sur une plus grande quantité de pus, les éléments en massue ont été vus autour de la masse des filaments.

Le diagnostic n'est donc pas douteux : il s'agit bien d'un cas d'actinomycose humaine survenue chez un homme habitant la campagne.

Nous appliquons de suite au malade le traitement vraiment spécifique de l'actinomycose, c'est-à-dire l'iodure de potassium : il en prendra d'abord 3 gr. par jour puis il ira en augmentant d'un gramme chaque semaine jusqu'à ce qu'il ait atteint la dose quotidienne de 5 gr.

MALADIE FAMILIALE
CARACTÉRISÉE PAR DES ALTÉRATIONS DES CHEVEUX
ET DES ONGLES
6 GÉNÉRATIONS, 36 CAS

(*Avec une planche.*)

Par MM. **C. Nicolle**, médecin des hôpitaux de Rouen, et **A. Halipré**, chef de clinique médicale.

Nous avons eu l'occasion d'observer au début de cette année une série de troubles dystrophiques des cheveux et des ongles, héréditaires et congénitaux dans une même famille.

Cette observation nous a paru non seulement intéressante par elle-même, trente-six personnes ayant été atteintes en six générations, mais encore absolument unique. Nous n'avons, en effet, rien trouvé de semblable dans la littérature médicale.

Voici tout d'abord l'observation du malade qui a été le point de départ de notre travail. Nous la donnons dans tous ses détails; cela nous dispensera d'insister autant sur les autres membres de sa famille. Notre malade est d'ailleurs celui qui présente les lésions les plus prononcées.

Émile Delaf..., 18 ans, né à Rouen le 3 juin 1876. Entré à l'Hospice général de Rouen le 22 janvier 1894, salle 76, office 10.

Le malade paraît avoir toujours joui d'une bonne santé; les renseignements qu'on peut obtenir sur lui sont d'ailleurs assez restreints. Lui-même n'en peut fournir aucun étant complètement inintelligent. Son inintelligence lui a fait donner le surnom de Bébé dans sa famille.

Nous savons cependant qu'il a déjà fait deux séjours au moins à l'Hôtel-Dieu de Rouen toujours pour l'affection qui nécessite son entrée à l'hôpital.

État actuel. — DESCRIPTION DU MALADE. — L'attitude de Bébé est toujours la même. Il se tient assis le corps penché en avant, la tête renversée et reportée entre les épaules, les coudes sur les cuisses, éloignant ses mains l'une de l'autre et tenant les doigts écartés. Son facies accuse l'hébétéude la plus absolue à moins qu'il ne rie niaisement. Il grelotte sans cesse et se plaint du froid même quand il est contre un poêle.

La face est pâle, symétrique; la partie inférieure c'est-à-dire l'ensemble des deux mâchoires proémine. Il n'y a point de prognathisme, le maxillaire inférieur faisant une saillie moindre que le supérieur. Le front est assez élevé, légèrement fuyant. La ligne d'insertion des cheveux est à 6 centim. 5 de la racine du nez. Les arcades orbitaires sont proéminentes dans toute leur étendue. Les yeux sont fortement enfoncés, les fentes palpébrales allongées, leur extrémité externe est relevée. C'est à peu près l'œil bridé de la race mongolique. Les sourcils sont extrêmement rares et entièrement décolorés, les cils sont blancs, les pupilles grises. Le regard est faux, défilant en même temps qu'hébété.

Le nez est aplati dans son ensemble, sa base est large et presque plane; sa pointe très large est relevée en haut. La hauteur du nez est de 4 centim. 3. Il existe un coryza perpétuel.

Les *pommettes* sont élevées mais peu saillantes et glabres. Les *lèvres* fortes, hypertrophiées, relevées en dehors, surtout l'inférieure. La supérieure est très haute, presque glabre, les quelques poils courts qu'elle présente sont décolorés.

Le *menton* est rond, absolument glabre; le sillon qui le sépare normalement de la lèvre inférieure n'existe pas.

Les *oreilles* sont bien faites, quoiqu'un peu arrondies dans leur ensemble; elles sont décollées.

Les *cheveux* sont très rares, courts, grêles et blancs; ils s'arrachent facilement, même par touffes sans se casser. Il est assez difficile de délimiter exactement la ligne d'implantation des cheveux, car ceux-ci très grêles ne peuvent être guère différenciés des poils de duvet du front et des tempes. Celles-ci sont recouvertes presque entièrement.

Il ne paraît point y avoir d'anomalie dans le mode d'implantation des cheveux. Il semble qu'en certains points du cuir chevelu et de la face (front et pommettes surtout) il existe des zones cutanées irrégulières, plus pâles que les parties voisines et comme vitiligineuses. Au cuir chevelu, les cheveux qui naissent de ces zones sont absolument blancs et très faciles à arracher; ceux au contraire qui proviennent d'une région moins pigmentée sont un peu colorés et résistent davantage à l'épilation.

Le *crâne* est asymétrique. La bosse pariétale gauche est aplatie; l'*occiput* également, il se continue sans ligne de démarcation aucune avec le plan de la nuque. Il n'existe point de dépression au niveau des scissures ou des fontanelles. Les apophyses mastoïdes ne sont point proéminentes.

La mensuration des principaux diamètres donne les résultats suivants :

Diamètre occipito-nasal, 18,5.

- bipariétal, 15.
- sous-occipito-bregmatique, 14.
- occipito-mentonier, 25.
- mento-bregmatique, 22.
- bimalaire, 14.
- bitemporal, 13,5.

La *cavité buccale* est régulière. La langue, la voûte palatine, le voile du palais sont normaux. Il n'y a point d'hypertrophie des amygdales. Les *dents* sont très bien rangées et très belles. Quelques molaires seulement présentent les altérations de la carie dentaire.

Le *cou* est rond; la pomme d'Adam normale, la musculature également. Il est impossible de sentir le *corps thyroïde*; il est ou absent ou très atrophié.

Corps. — A partir de la région sous-maxillaire et de la nuque, la peau est pigmentée et offre la teinte qu'elle présente chez les bruns.

Le *torse* et l'abdomen sont conformés normalement. Le périmètre thoracique est de 89 centim.; l'embonpoint est moyen. Il n'existe point d'hypertrophie mammaire.

On ne rencontre pas le moindre poil sur le devant de la poitrine. A l'ais-

selles, quelques poils blancs, rares et courts. Pas de poils mammaires. Sur le pubis, les poils sont un peu plus fréquents, un peu plus longs et d'une coloration châtain clair.

Les testicules sont de volume normal, égaux; la peau des bourses et des parties voisines est plus pigmentée que le reste du corps. La verge a son volume normal.

La colonne vertébrale est absolument normale.

Membres. — Il n'existe ni incurvation, ni déformation d'aucune sorte.

La mensuration donne les chiffres suivants :

Membre supérieur (des deux côtés) : Longueur. Bras 36, avant-bras 28, main (jusqu'à l'extrémité du médus) 22.

Largeur au niveau de la partie moyenne du biceps 27 à droite, 26 à gauche.

Largeur à la partie supérieure de l'avant-bras 27,5 à droite, 26 à gauche.

Membre inférieur (des deux côtés) : Longueur. Cuisse 47, jambe 42, pied 27.

Largeur au niveau de la partie supérieure du mollet, 35.

La partie inférieure des cuisses, les jambes et le dos du pied gauche présentent des cicatrices blanches, les unes allongées, d'autres plus arrondies, quelques-unes déprimées que le malade attribue à des brûlures.

Les pieds sont normaux dans leurs dimensions et leur cambrure.

La taille totale est de 1 mètre 76.

Sensibilité. — La sensibilité au contact, à la douleur, au froid et au chaud est conservée partout. Le malade accuse, comme nous l'avons dit plus haut, une sensibilité constante au froid; il grelotte même quand la température de la salle est élevée.

Sens. — L'ouïe est normale. Les pupilles réagissent à l'accommodation et à la lumière. La vue paraît normale.

Réflexes. — *Rotuliens* forts; des *poignets* forts; *massétéris* et *pharyngé* normaux.

Il n'existe point de trépidation épileptoïde.

Force musculaire normale.

Intelligence. — L'intelligence est tout à fait bornée. Le malade ne sait ni lire, ni écrire; sa voix est empâtée, lente, difficile. Il ne sait que quelques mots dont il ne comprend point d'ailleurs toujours le sens exact. Il répond mal aux questions. Sa mémoire est des plus faibles. Son expression ordinaire est l'hébétéude; il rit parfois d'un rire stupide, silencieux.

Il n'existe point de voracité bien marquée.

Le malade se masturbe presque continuellement.

Le 6 février, au matin, Bébé s'est allongé dans son lit et a eu une crise avec mouvement cloniques, puis immobilité et perte de connaissance les yeux ouverts. Cette crise a duré dix minutes. Il n'a point pissé au lit, ni témoigné d'un grand abattement à la suite. Il nous est impossible de savoir d'une façon exacte s'il a eu d'autres crises auparavant.

Examen des viscères. — Il n'existe aucun symptôme morbide du côté du cœur, des poumons, des reins, du foie, du tube digestif.

Lésions unguéales.

MAINS. — Les mains exhalent une odeur épouvantable, que des lavages antiseptiques répétés depuis deux mois n'ont pu qu'atténuer un peu.

En dehors de la dernière phalange des doigts, les mains ont leur conformation normale.

D'une façon générale, la phalange unguéale de tous les doigts est augmentée de volume, œdématiée, rouge. Les ongles sont tous atteints mais à des degrés différents; ils sont hypertrophiés, plus longs et plus épais que normalement; ils sont rugueux comme écailleux, ils tendent à se relever et à s'incurver à leur extrémité; la plupart présentent une exagération de la striation verticale, d'autres sont striés longitudinalement. Leur friabilité est extrême; certains sont cassés à leur partie moyenne, d'autres fendus dans le sens de la longueur et divisés ainsi en un certain nombre de lamelles cornées de dimensions inégales; quelques-uns sont décollés et tendent à se détacher. Le bord libre est en général tout à fait noir; le reste de l'ongle est d'un gris jaunâtre.

Il existe autour de la plupart des ongles, occupant la presque totalité de la face dorsale et des faces latérales de la dernière phalange une *ulcération* d'aspect sale. Les bords en sont décollés, renversés en dehors; le fond est gris, suintant. Cette ulcération se prolonge parfois jusque sous l'ongle lui-même et le décolle. Ce sont ces ulcérations qui causent l'odeur épouvantable que le malade exhale.

La figure 1, planche II donne l'aspect repoussant de ces mains. On se rend compte, en l'examinant, de l'état de l'ongle de chacun des doigts.

PIEDS. — Les pieds n'exhalent point la même odeur que les mains. Les lésions unguéales sont analogues mais moins marquées, et ne s'accompagnent ni d'ulcérations périunguérales, ni d'œdème. Plusieurs ongles, d'ailleurs, ont été arrachés lors du séjour du malade dans un service de l'Hôtel-Dieu.

Les ongles des premier et cinquième orteils droits et gauches sont certainement dans ce cas; ils sont réduits à une petite excroissance cornée aplatie, n'atteignant pas la moitié de l'orteil et comme enclavée dans les téguments.

Les autres orteils présentent les mêmes lésions que les doigts, mais à un degré moindre.

En l'absence de tout renseignement fourni par le malade, le diagnostic pouvait-il demeurer hésitant? Nous ne le croyons point.

La syphilis héréditaire tardive ne donne point de lésions semblables des ongles; le syndrome d'Hutchinson d'ailleurs, manquait.

Identifier le malade avec les *çagots* de Bretagne et faire de ses lésions une sorte de lèpre larvée eût été une hypothèse séduisante, mais que rien ne justifiait, au contraire.

Nous n'avons point hésité d'emblée à en faire une dystrophie congénitale; les lésions périunguérales étant dues à des infections secondaires relevant de la saleté du malade et des chocs multiples auxquels ses ongles difformes sont exposés.

Grâce à des renseignements qui nous ont été fournis par M. le Dr Didier et par M. Hébert, interne des hôpitaux, nous n'avons point tardé à savoir que ce malade n'était point un cas isolé dans sa famille,

que certains de ses parents, frères ou sœurs, présentaient des lésions analogues.

Nous pûmes nous procurer l'adresse de sa mère et la voir ainsi que ses deux autres enfants vivants. Ce sont eux qui nous ont fourni la plus grande partie des renseignements que nous vous présentons dans cette curieuse affection héréditaire dans leur famille.

Le hasard nous a permis dans ces derniers temps d'étudier un autre membre de la même famille entré pour une autre cause dans le service de M. le Dr Olivier, professeur de clinique interne. Ce malade nous a donné de nombreux renseignements complémentaires.

La mère de notre malade est absolument indemne, intelligente. Elle a eu 16 enfants dont il ne reste que trois de vivants, notre malade, une fille Marie-Louise, un fils Antoine.

La fille Marie-Louise est âgée de 31 ans ; elle travaille en journée ou fait des balais. Elle est d'intelligence faible ; strabique. Elle ressemble physiquement beaucoup à Bébé. Ses cheveux sont très pâles, très rares, fragiles. Les lésions des mains sont identiques à celles de son frère ; mais il n'existe aucune ulcération périunguéale ; par conséquent point d'œdème. Il arrive parfois, par suite d'un choc d'un ongle, qu'une ulcération plus ou moins marquée apparaisse ; mais au bout de quelque temps, avec des pansements grossiers, elle guérit.

La figure 2, planche II donne les caractères des lésions unguéales.

Les ongles des pieds sont indemnes. Dents saines. Pas d'enfants.

Le fils Antoine, âgé de 21 ans, est d'une intelligence au moins moyenne ; sa figure d'ailleurs est plus éveillée, plus expressive que celle de sa sœur. Les cheveux sont aussi plus abondants quoique rares encore, courts et décolorés. Il existe une moustache légère, du duvet sur les joues et au menton. Les ongles des mains présentent les mêmes lésions que chez sa sœur, peut-être un peu moindres ; les ongles des pieds sont indemnes. Dents saines. Pas d'enfants.

Treize frères et sœurs sont morts, la plupart en bas-âge. Tous les garçons (4) étaient atteints de troubles dystrophiques des ongles et des cheveux et ressemblaient physiquement à leur père ; toutes les filles (9) étaient indemnes. M. le Dr Didier a eu l'occasion de soigner l'une des filles, la seule qui ait vécu. Elle avait alors 18 ans ; il nous a confirmé qu'elle était absolument indemne. Elle est morte l'année suivante en couches. Son enfant, mort également était indemne comme elle.

Le malade du service de M. Olivier. Paul Delan... (Voir le tableau généalogique) est âgé de 47 ans, il est intelligent. Ses cheveux sont très rares, friables, pâles, décolorés. Dents saines. Pas de poils axillaires ; poils du pubis très rares.

Lésions des ongles des mains semblables à celles de Marie-Louise et d'Antoine ; pas d'ulcérations. Ongles des pieds atteints (comme

Bébé). Stigmates d'hystérie ; hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, etc.

Nous renvoyons au tableau généalogique pour tous les autres membres de la famille. Nous aurions pu, sans doute, en faire venir d'autres parmi ceux qui habitent Rouen ; nous ne l'avons point fait, l'observation nous ayant paru assez complète comme cela.

Si l'on parcourt le tableau généalogique de cette famille, on peut faire les réflexions suivantes :

1° L'affection dystrophique héréditaire et congénitale remonte maintenant à six générations pour les membres les plus jeunes atteints.

La trisaïeule de notre malade qui a été la souche de cette famille de dystrophiques, était-elle malade, elle aussi depuis sa naissance ? Nous n'avons pu le savoir. Elle paraît avoir été originaire de Rouen, quoique le fait ne soit point absolument certain.

2° Cette affection a frappé 36 individus sur 54 connus, à savoir :

A la première génération.	1 sur 1	
A la seconde.....	1 sur 1	
A la troisième.....	5 sur 5	connus (17 sur lesquels les renseignements manquent sont morts en bas-âge).
A la quatrième.....	13 sur 15	(parmi les 13 atteints, deux avaient des cheveux. 4 inconnus).
A la cinquième.....	13 sur 25	connus (la plupart des individus donnés comme indemnes sont morts en bas-âge, peut-être ne l'étaient-ils pas par conséquent autant qu'on nous l'a dit).
A la sixième.....	3 sur 7	connus.

3° Il semble que cette lésion, malgré son hérédité offre cependant une tendance à disparaître. Dans les trois premières générations, tous les individus connus sont atteints ; à partir de la quatrième la proportion d'indemnes devient plus grande.

4° Les lésions des ongles sont plus héréditaires que celles des cheveux.

5° Jusqu'ici en ligne droite l'affection n'a jamais sauté une génération pour prendre une génération suivante.

6° Par rapport au sexe 22 hommes ont été pris pour 14 femmes.

7° Enfin, la coexistence d'idiotie et d'absence du corps thyroïde chez notre malade, de faiblesse intellectuelle et de strabisme chez sa sœur, la présence d'un aliéné et d'un hystérique parmi les rares individus sur lesquels nous ayons des détails un peu précis, la multiéthalité qui frappe les nombreux enfants à chaque génération, semblent indiquer que la dystrophie pileaire et capillaire n'est point le seul stigmate de déchéance dans cette famille de dégénérés.

Femme Proust...
Dystrophie unguéale congénitale.

Femme Quim...
Dystrophie unguéale congénitale.
Originaire de Rouen. Nie en

Seize filles
et un garçon.
Inconnus.
Morts en bas-âge.

Mario Rosée Quimbel.
Alopécie complète
et dystrophie
unguéale
congénitales.
Intelligente.
Épouse
Nicolas Delaf...
Intelligent.

X. Femme Desa...
Alopécie complète
et dystrophie
unguéale
congénitales.
Intelligente.
Pas d'enfant.

Joanne Anne.
Femme
Cay...
Dystrophie
unguéale.
Mais elle
a des
cheveux.
Vit
à Aumale.
On ne sait
si elle a des
enfants.

Mario Louise.
Femme
Ler...
Alopécie
complète
et
dystrophie
unguéale
congé-
nitales.

Auguste François Delaf...
Point d'alopécie.
Cheveux
châtains.
Dystrophie
unguéale
congénitales.
Pas d'enfant.

Jean Baptiste Delaf...
Alopécie complète
et dystrophie
unguéale
congénitales.
Les ongles
des pieds étaient
normaux.
Intelligent.
Messager.
Mort à 60 ans.
Ressemblance
physique avec
ses enfants
vivants.
Époux d'Eugénie.
Adèle X...
Idemne.

Cinq garçons et une fille.
Morts en bas-âge.
Alopécie et
dystrophie
unguéale
congénitales.

Alexandre Ler...
Dystrophie
pilaire
et unguéale
congé-
nitale.
Mort
aliéné.

Joseph Ler...
Indemne.

Mario Louise Delaf...
(3^e enfant).
Dystrophie
pilaire
et unguéale.
Ongles
des pieds
normaux.
Intelli-
gence
faible.
Strabique.
31 ans.
Pas
d'enfants.

Antoine Delaf...
(6^e enfant).
Dystrophie
pilaire
et unguéale
Ongles
des pieds
normaux.
Intelligent.
21 ans.
Pas
d'enfants.

Victor Émile Delaf...
(16^e enfant)
Dystrophie
pilaire
et unguéale
(mains
et pieds).
Idiot.
19 ans.

*Une fille
morte en
couches
à l'âge de
19 ans
à la
Maternité
de l'hos-
pital.
Indemne.
Un enfant
mort en
bas-âge.
Indemne

Quatre garçons
morts en
bas-âge.
Alopécie et
Dystrophie
unguéale
congé-
nitales.

Huit
morts en
bas-âge.
Indemne.

Un fil
mort
à 15 jours.
Indemne.

Femme Pirout.
unguée pileire. Origine inconnue.

Femme Quimbel.
nie unguée pileire congénitale.
e de Rouen. Née en 1775.

X. Femme Delan...
Alopécie complète
et dystrophie
unguée
congénitales.
Intelligente.

Reine Quimbel.
Alopécie complète
et dystrophie
unguée
congénitales.
Non mariée.
Pas d'enfants.

X. Femme Duv...
Alopécie complète
et dystrophie
unguée
congénitales.
Intelligente.

Paul Delan...
Agé de
47 ans.
Intelligent.
Rachitisme
dans
l'enfance.
Hystéri-
que.
Dystrophie
pileaire
et
unguée
congé-
nitales.

Narcisse Delan...
Intelligent.
Vit
à Rouen.
Dystrophie
pileaire
et
unguée
congé-
nitales.

Une fille
vivante
et
un garçon
mort en
bas âge.
Indemnes.

Quatre
enfants
morts en
bas âge.
Inconnus.

Jacques Duv...
Dystrophie
pileaire
et
unguée
congé-
nitales.

Huit
morts
bas-
Indem

Un fils
mort
15 jours.
Indemne.

Un fils
mort
à 8 mois.
Dystrophie
pileaire
et unguée
congé-
nitale.

Un fils
agé
aujourd'hui
de
33 ans.
Indemne.
Deux
enfants.
Indemnes.

Deux fils
âgés
aujourd'hui
de 23
et 16 ans.
Dystrophie
pileaire
et unguée
congé-
nitale.

Pierre Cab...
enfant
illégitime.
Dystrophie
pileaire
et unguée
congé-
nitale.
Vit à Paris.
Pas
d'enfants.

Narcisse Cab...
enfant
illégitime.
Dystrophie
pileaire
et unguée
congé-
nitale.
Vit
à Rouen.

Deux enfants
légitimes.
Indemnes.

Trois filles.
Dystrophie
unguée
et pileaire
congé-
nitale.

Un fils
Indemne.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 5 mars 1895.

Président : M. LASSAR. — Secrétaire : M. SAALFELD.

Psoriasis après tatouage

M. LASSAR présente un cas de psoriasis après tatouage. Le malade, un homme intelligent, prétend qu'avant le tatouage il n'a point eu le moindre exanthème sur la peau. Cependant ce n'est pas une preuve absolument sûre, puisqu'un psoriasique porte quelquefois sur son corps les traces de sa maladie sans s'en douter.

On voit maintenant aux deux bras, sur les places tatouées un psoriasis qui a la tendance à se répandre.

Mélanose arsenicale.

M. SAALFELD présente une fille de 13 ans, qui souffre depuis sa quatrième année d'un psoriasis ayant fait pendant ce temps de nombreuses récidives. Au mois de février 1895 on commença pour une nouvelle éruption qui avait pris le corps entier, un traitement par l'acide arsenieux. L'affection disparut, mais à sa place, on s'aperçut d'une mélanose arsenicale prononcée, qu'on voit encore et qui se développa sur les endroits où les plaques psoriasiques avaient eu leur siège.

Hyperhidrose

M. PALM présente un jeune homme robuste de 22 ans avec une hyperhidrose très prononcée de la main et des doigts. La cause n'est pas exactement connue. Peut-être l'affection a été produite par l'usage prolongé du baume de copahu ou par un état neuroparalytique dont le malade souffre.

Érythème singulier.

M. BLASCHKO présente un malade avec un érythème des deux avant-bras, existant depuis un an et demi et s'étendant jusque sur le dos des mains. L'affection commença au bras supérieur gauche et s'étendit de là sur les parties énumérées. La peau est lisse et ne présente qu'à quelques endroits une desquamation légère. Les symptômes subjectifs, comme démangeaisons, etc., manquent absolument, seulement la sensibilité est extrêmement grande. M. Blaschko ne peut faire de diagnostic entre le premier stade d'un mycosis fongicoïde par le manque absolu de tumeurs, entre une congélation par la circonstance que l'affection a commencé en été et a fait les plus grands progrès dans l'été suivant, entre une érythrodermie, par le manque de toute douleur. Pick a décrit un état sem-

blable, dans lequel des ectasies veineuses ont apparu plus tard, sous le nom d'érythromélanose.

Il est possible qu'il s'agisse de cette affection ; mais pour le moment la diagnose doit rester suspendue.

M. LEDERMANN dispose d'un cas pareil dans lequel des plaques veineuses se sont formées par suite d'un obstacle dans la circulation. Il s'agit d'une laveuse, et M. Ledermann croit que le contact de la lessive ou de l'eau bouillante a produit ce trouble vaso-moteur. Une amélioration remarquable a été obtenue par une teinture de goudron.

M. HELLER mentionne qu'on trouve un état semblable dans la sclérodémie. Dans sa monographie écrite avec le professeur G. Lewin on trouve la description de tels cas. M. Heller a observé, en outre, un malade chez lequel les symptômes rapportés se restreignaient seulement sur les doigts.

M. BLASCHKO réplique que la diagnose de sclérodémie lui semble impossible, parce qu'un endroit malade est guéri sans laisser une atrophie ou un état sclérotique de la peau.

M. HELLER ne croit pas que ces moments soient caractéristiques. Dans un grand nombre de cas la sclérodémie guérit sans laisser de trace, tandis qu'elle fait des progrès sur d'autres endroits.

Du traitement du lupus par la cantharidine.

Discussion par MM. KÖBNER, LASSAR, SAALFELD, LEWIN.

Séance du 7 mai 1895.

Président : M. G. LEWIN. — *Secrétaire* : M. O. ROSENTHAL.

Distribution du pigment cutané et rapport des tumeurs issues du derme pigmenté, surtout des dermoïdes, avec le pigment de la peau, par M. GRIMM.

Les cellules pigmentées du chorion normal.

M. GRIMM. — Le pigment de la peau a toujours un rapport intime à la base principale de la couche malpighienne. La seule exception est formée par le pigment de la tache bleuâtre que tous les enfants japonais possèdent. Elle est de la grandeur d'une paume de main infantile et a sa place ordinaire dans la région lombo-coccygienne un peu au-dessus de la fessure anale. Mais ordinairement elle occupe le dos entier, les fesses, même le côté externe des bras et des jambes en forme de planches géographiques. Il n'y a jamais de différence de niveau. La pigmentation disparaît vers le septième jusqu'à la dixième année, mais est à poursuivre jusqu'au quatrième ou cinquième mois de l'état embryonnaire. Les enfants nés de Caucasiens et de Japonais montrent moins cette tache et la perdent plus tôt. Quelle propagation cette particularité de race a trouvé dans l'Asie de l'Est, M. Grimm n'est pas en état de le dire. La cause de cette pigmentation remarquable, consiste dans un conglomérat de petits granules bruns pigmentés qui sont situés dans de grandes cellules irrégulières du tissu conjonctif à ramifications étendues (6-10 : 20-50). Ces cellules se trou-

vent surtout dans les parties moyennes et profondes du chorion; elles n'entrent ni dans les papilles ni dans les éléments épithéliaux.

Baltz qui en a donné une courte description, croit qu'elles ont quelque rapport avec les racines des cheveux, ce qui n'est pas le cas, car il a confondu le pigment capillaire qui est bien répandu avec celui des taches bleues.

M. Grimm a déjà vu les cellules caractéristiques chez un embryon de trois mois. Il n'est pas en état de prononcer une opinion exacte sur la nature et l'origine de ces formations.

Nævus papillaire.

M. ALEXANDER présente un garçon de 7 ans, porteur d'un nævus papillaire linéaire unilatéral. Ni lui ni sa famille n'ont souffert de maladies nerveuses. L'affection en question n'occupe que le côté droit du corps en forme de lignes caractéristiques dont les unes sont noires et les autres ne sont pas pigmentées. Aussi l'hypertrophie des papilles est différente. On voit quatre lignes isolées, qui dans leur totalité font l'impression comme si la première est presque horizontale tandis que les autres sont plus aiguës, de sorte qu'on croirait qu'une certaine force les a tirées violemment de haut en bas. M. Alexander a essayé d'appliquer les théories jusqu'à présent connues de l'origine de cette affection sur son cas, mais il n'a pas réussi. On ne peut trouver de relation ni avec la direction des nerfs, ni avec le courant des cheveux. M. Alexander croit par conséquent qu'on fera bien de renoncer à la désignation de nævus nerveux.

Nævi soi-disant nerveux.

M. BLASCHKO a remarqué, lorsque le cas présenté lui fut montré la première fois, trois choses : le siège restreint à une moitié du corps, l'arrangement en séries linéaires et la régularité caractéristique de l'affection. Malgré ces trois éléments qui semblent appuyer la théorie nerveuse, M. Blaschko n'a pu se décider pour elle. Dans un travail antécédent, M. Blaschko avait trouvé que la formation des papilles ne se base pas sur leur propre augmentation en pénétrant du chorion dans l'épiderme, mais que celui-ci y prend une part principale tandis que le chorion n'y joue qu'un rôle passif, de sorte que des plis qui se développent le long de l'épiderme et qui pénètrent dans les couches sous-jacentes troublent les papilles dans leur formation. Par conséquent, si le développement normal des papilles dépend de l'épiderme, il faut conclure que, dans des procès pathologiques, il faut chercher la cause des troubles à la même place. En outre, M. Blaschko avait réussi à trouver que l'épiderme est arrangé à sa surface en plis tout à fait réguliers qui sont typiques pour chaque partie du corps et qui sont disposés en courbures caractéristiques. D'une manière semblable aussi les autres éléments épithéliaux se forment plus tard. Par une augmentation irrégulière des organes situés au plan profond, peut-être aussi par celle du chorion, la régularité de la formation est interrompue et il en résulte des lignes irrégulières comme on les voit toujours chez les adultes. Kaposi a supposé que ce trouble dans le développement est la cause des nævi nerveux, en appuyant que par l'augmentation des organes sous-jacents tous

les éléments cutanés acceptent une certaine direction spirale, mais M. Kaposi a confondu la cause avec l'effet. Cette régularité se trouve partout et on ne peut seulement dresser la question d'où est-ce que cela vient que certaines parties sont sujettes à ces procès pathologiques tandis que d'autres en sont exemptes? M. Blaschko est d'avis que ce développement se fait sur toute la surface du corps et non seulement dans certains endroits, comme par exemple dans les os l'ossification prend son origine de certains centres. Dans les extrémités, ces endroits se trouvent aux bouts des doigts. Plus tard, le développement des glandes sudoripares se fait de la même manière. Mais Blaschko n'a pas réussi à pouvoir découvrir tous les centres d'augmentation. Il est très vraisemblable qu'au tronc la formation des papilles n'est pas régulière et que comme l'organisme entier est disposé en segments, l'augmentation de la peau prend son origine de certains districts bien caractérisés. Si elle est troublée, un segment ou un autre peut être pris tandis que d'autres qui n'ont pas encore atteint ce degré de développement restent intacts. Seulement il n'est pas facile de décider si la frontière entre deux districts ou si un district seul a été pris. M. Blaschko croit cependant qu'il ne s'agit généralement que d'un seul.

M. HELLER montre quelques gravures prises d'un travail sur les nævi nerveux qui va paraître prochainement. Entre celles-ci, il y a un cas qui a été observé par lui-même. D'après son opinion, aucune théorie n'est applicable à tous les cas : dans les uns il faut supposer une affection des voies lymphatiques, dans d'autres on peut recourir à la théorie basée sur les lignes de Vogt, et encore, dans d'autres, on peut penser à des lésions nerveuses.

M. G. LEWIN voudrait regarder la théorie de Blaschko comme une hypothèse. Il y a à peu près 40 cas dans lesquels la configuration des nævi correspond aux nerfs, de sorte que, dans ces cas, on peut supposer une influence nerveuse. Mais il faut aussi penser aux lacunes embryonnaires qui disparaissent hors la vie embryonnaire. C'est à ces endroits que les nævi se développent surtout. Comme Virchow a déjà démontré, une dilatation des vaisseaux se forme par suite d'incitations et amène la formation des nævi vasculaires. En revenant en quelques mots sur l'origine du pigment dont M. Grimm avait parlé dans son exposé, M. Lewin a réussi à pouvoir observer dans une seule préparation prise d'un nævus vasculaire du vagin, l'immigration du pigment.

M. BLASCHKO n'avait pas l'intention de vouloir expliquer par sa théorie le développement de tous les nævi, comme par exemple surtout les angiomes sont d'origine fissurale. Mais même la coïncidence absolue d'un nævus avec un nerf tout à fait déterminé ne parle pas contre son opinion, car si les nerfs et la peau se développent d'après une disposition métamérale, il faut bien qu'à chaque segment de peau corresponde un nerf spinal et il est bien clair que, si quelque territoire de la peau est pris, un certain nerf lui appartient sans qu'il faille, pour expliquer l'affection, recourir à une influence de ce nerf.

M. MEISSNER est d'avis que, pour décider la question du développement des nævi, il faut d'abord savoir où le pigment s'est formé en premier lieu et la verrue plus tard, ou vice versa. Si le pigment s'est développé d'abord,

il y a une relation avec le système des vaisseaux, comme il ne peut naître dans la peau elle-même. En outre, M. Meissner parle de certaines particularités observées chez les animaux. En faisant des expériences de croisement, on a trouvé à certains endroits des crins teints différemment qui se transmettent aux générations suivantes et qui ont une certaine ressemblance avec les lignes comme on les voit chez les nævi.

M. ALEXANDER ajoute que dans son cas le nævus n'était pas encore pigmenté à la naissance, mais que la pigmentation ne s'est formée qu'au courant de la première année. On trouve la même observation dans presque tous les cas publiés.

Syphilis extragénitale.

M. PAUL présente, de la clinique de M. Blaschko, un homme de 75 ans, qui avait montré, au mois de décembre de l'année passée, une affection primaire dans la région des incisives supérieures. Il s'était servi de la même tasse que son hôte qui était syphilitique. En outre, il y avait des plaques sur les amygdales et d'autres symptômes qui disparurent après huit injections intramusculaires. Quinze jours plus tard, on remarqua une récurrence qui força à recommencer le traitement. Après la seconde injection, on constata une décoloration de l'iris et un foyer syphilitique de la rétine. Ces symptômes disparurent de nouveau durant la cure, et l'œil est maintenant tout à fait clair. Le cas est remarquable à cause de l'infection extragénitale et de l'affection de l'œil qui s'était déjà montrée trois mois plus tard. Les affections primaires de la gencive sont rares. Quant à l'âge du malade, M. Blaschko a déjà prononcé, il y a quelque temps, qu'il est bien surprenant quel développement bénin la syphilis montre dans un âge aussi avancé. La cachexie du malade au commencement du traitement était remarquable, mais les forces revinrent avec l'avancement de la cure. Il est vrai cependant que l'affection de l'œil pourrait être expliquée dans un sens peu favorable, mais la choréïdite et la rétinite de la période précoce offrent un meilleur pronostic que dans une période postérieure, et, malgré les troubles de la vue, les symptômes ne doivent pas être pris comme trop graves. M. Blaschko a vu quelquefois des ulcérations de la gencive, mais il s'agissait toujours d'infections par un dentiste. Aussi il est d'avis que l'affection intra-oculaire précoce, n'a pas de mauvais caractère.

M. G. LEWIN demande quelles glandes étaient enflées.

M. PAUL. — Les glandes devant le masséter.

M. LEWIN. — Ordinairement ce sont les glandes de la fosse canine. Quant au développement favorable de la syphilis dans l'âge avancé, M. Mendel, à qui cette observation s'applique, avait seulement l'idée de diriger l'attention sur les affections centrales par suite d'une syphilis acquise dans l'âge avancé. M. Lewin a aussi observé généralement un développement favorable.

M. ROSENTHAL a observé une affection primaire de la gencive dont il avait été très difficile de faire la diagnose, après une opération dentaire. Dans ces derniers temps, il a vu un autre cas parallèle qui avait conduit à la diagnose de tumeur maligne. Déjà on avait fixé l'opération. Heureusement pour le malade, on réussit encore à l'empêcher. O. ROSENTHAL.

Séance du 11 juin 1895.

Président : M. LASSAR. — Secrétaire : M. SAALFELD.

Érythème bulleux.

M. SAALFELD présente une malade qu'il a observée depuis deux ans et demi et qui souffre d'érythème bulleux ou de pemphigus. D'abord, elle avait une urticaire avec des bulles dans la bouche ; maintenant elle a de temps en temps de nouvelles attaques, par exemple, au jour même où M. Saalfeld put voir une plaque érythémateuse de la cuisse et le reste d'une bulle sur le nez. La malade est âgée de 62 ans et a accouché dix-neuf fois.

Thiol.

M. HELLER. — Le thiol, c'est-à-dire l'ichtyol gagné par voie de synthèse, est tiré des huiles de la paraffine d'une manière artificielle. Il diffère de celui-ci en ce qu'il n'a pas d'odeur du tout et contient seulement 0,9 p. 100 d'hydrosulfate d'ammoniaque, tandis que l'ichtyol en contient 4,3 p. 100. M. Heller n'a pas prescrit le thiol pour l'usage interne, quoiqu'on n'ait pas encore fait des expériences qui prouvent sa résorption par l'intestin. Aussi dans les maladies chirurgicales dans lesquelles il a été recommandé par Bidder et par d'autres, comme dans les affections rhumatismales, M. Heller ne s'en est pas servi, comme les indications lui semblent manquer pour l'employer dans ces cas. Avant tout M. Heller a fait usage du thiol dans 60 cas d'eczéma, dans ses différentes formes et a pu constater généralement un effet favorable. Parmi ceux-ci il y a des malades qui ont été traités d'autre part par tous les moyens possibles, par exemple, un cas d'eczéma universel de la figure, du cou et des bras qui guérit sous l'application d'une pâte au thiol à 8 p. 100. Un autre cas concernait une femme de 55 ans qui souffrait d'un eczéma universel accompagné d'un prurit insupportable. M. Heller a aussi vu un effet remarquable dans les eczémas variqueux. Un très bon succès fut vu dans les eczémas professionnels avec hyperkératose, la xérodermie. Dans ces cas on fit usage du thiol en forme de cataplasmes hydropathiques. Les rhagades disparurent assez vite. Dans une dermatite, par suite d'aniline accompagnée d'une hyperhidrose très forte, la sécrétion des glandes sudoripares diminua d'une manière extrêmement rapide. Quant à la forme, M. Heller ne se servait que du thiol liquide en faisant usage du médicament pur ou mêlé à une quantité de 3 à 10 p. 100 d'eau en forme de compresses ou de cataplasmes hydropathiques. Dans les cas qui montrèrent une indication pour l'emploi d'un onguent, M. Heller fit ajouter à la vaseline 10-20 p. 100 de thiol. Si l'on avait l'intention d'exercer un effet desséchant, on donnerait une pâte à l'oxyde de zinc avec 5 à 20 p. 100 de thiol. Cependant, contrairement aux publications de Buzzi et de Schwimmer, M. Heller a trouvé que le thiol n'est pas exempt d'effets irritatifs. Dans un cas d'eczéma vésiculobulleux chronique des mains le thiol échoua complètement, de même que dans deux cas d'eczéma impétigineux de la tête des enfants. Dans un cas de brûlure circonscrite, M. Heller constata un effet siccatif, sans que cependant le médicament exerçât une meilleure influence que d'autres.

Dans un autre cas semblable il n'y eut pas de résultat du tout. Dans un cas typique de zona, des compresses au thiol apaisèrent les douleurs qui avaient été auparavant très intenses. Dans le pemphigus, l'érythème polymorphe et le purpura, M. Heller ne croit pas que le thiol puisse exercer quelque influence, contrairement à l'opinion de Buzzi. Dans l'acné vulgaire et l'acné rosacée M. Heller ne trouva pas de raison pour quitter la thérapie ordinaire, mais dans deux cas d'acné varioliforme il obtint un résultat satisfaisant. Dans deux cas d'ulcération de la jambe, M. Heller apprit à estimer les qualités kératoplastiques du thiol.

Aussi sur des ulcérations de nature différente M. Heller constata une influence favorable; dans le chancre dur et la chancrelle M. Heller ne vit pas d'effet. Dans 5 cas de pruritus ani et vulvæ et 5 autres de strophulus infantum, M. Heller trouva une bonne influence sur le prurit. Quant à l'effet sur les affections parasitaires M. Heller a eu un succès satisfaisant dans 5 cas d'impétigo contagieux et dans un cas de teigne tondante, en se servant d'une pâte à 8 p. 100 de thiol. Buzzi l'a aussi employé dans les affections séborrhéiques, mais il n'offre pas d'avantage vis-à-vis de la thérapie ordinaire par le soufre. Dans un cas cependant, dans lequel le malade était forcé de garder la chambre par suite d'un eczéma aigu, le savon pulvérisé au thiol d'après Eichhoff amena une guérison rapide. Quant à l'application dans la gonorrhée, M. Heller n'en a pas fait usage, comme il n'avait déjà pas eu de résultat avec l'ichtyol. Quant aux effets concomitants défavorables, le seul consiste en ce que le linge est sali. Ceci n'est pas d'importance, puisqu'on réussit à le nettoyer facilement; le prix est encore un peu haut (10 gr. = 0,60 mark). Quand même le thiol ne produit pas d'effet spécifique, M. Heller croit pourtant qu'il sera de toute grande valeur dans nombre de dermatoses.

Syphilis cérébrale.

M. GUMPERTZ présente une malade de 40 ans qui, mariée depuis vingt ans, a eu plusieurs fausses couches. Auparavant, elle était toujours bien portante, seulement elle souffrait, à ce qu'elle disait, d'une affection de l'appareil génital.

En 1885, elle eut une attaque de défaillance et deux jours plus tard, elle eut à se plaindre de grande faiblesse et d'un sentiment singulier de fourmillement dans les mains. Mais elle fut surtout tourmentée de maux de tête très intenses. Elle se soumit à des inonctions et prit plus tard de l'iodure de potassium. L'examen des yeux fit trouver, en outre, une différence, un manque de réaction des pupilles à la lumière, une névrite du nerf optique avec des hémorragies punctiformes. Le mari de la malade souffre depuis douze ans d'ataxie, mais veut seulement avoir eu une seule fois une gonorrhée. Il prétend ne pas avoir eu de commerce avec sa femme depuis à peu près aussi longtemps. La malade croit qu'outre un manque de mémoire, elle a observé une diminution des qualités spirituelles. Pour toutes ces causes, M. Gumpertz voudrait conclure qu'il s'agit d'une syphilis cérébrale; les paresthésies singulières font aussi penser à une affection de la moelle épinière.

M. G. LEWIN a présenté, il y a quelques années, un cas de paralysie

spinale qui fut guéri rapidement par des injections. Mais, dans deux autres cas, le même traitement a échoué. En général, la prognose est favorable dans ces cas. Mais quant à la malade présentée, M. Lewin ne comprend pas tout à fait bien pourquoi il faut penser à la syphilis.

M. ROSENTHAL a présenté, il y a deux ans, un cas dans lequel les cordes latérales et postérieures étaient prises. Il s'agissait, chez la malade en question, sûrement de syphilis, comme M. Rosenthal lui-même avait traité les affections primaire et secondaire. En outre, il y avait aussi des troubles du côté de la vessie et du rectum. Des frictions énergiques amenèrent une amélioration considérable.

M. GUMPERTZ croit que le tabes du mari, les avortements, les maux de tête, les troubles de l'appareil optique et les succès du traitement appuient la diagnose prononcée.

Éléphantiasis de la vulve.

M. SCHREIBER présente une malade qui fut traitée d'une affection spécifique à la Charité. Plus tard, elle eut une suppuration des glandes inguinales, pour laquelle elle ne consulta pas de médecin. En automne de l'année passée, les grandes lèvres commencèrent à enfler; la lèvre droite a augmenté maintenant énormément et est très dure; la peau est foncée, rougeâtre, mais lisse. Au-dessous du vagin, sur le mons Veneris, on voit de petites éruptions vésiculeuses.

L'examen microscopique fait voir une augmentation et une hypertrophie des papilles et une infiltration périvasculaire de petites cellules. La couche cylindrique montre une pigmentation prononcée, les fibres élastiques sont, comme dans tous les néoplasmes, plus rares dans les parties plus jeunes, et en grand nombre dans les parties anciennes. La prognose semble être mauvaise, puisque même après une excision cunéiforme, la cause continuerait à exister. Le cas présenté donne lieu à deux conclusions: 1° l'extirpation totale des glandes lymphatiques n'est pas raisonnable, puisqu'il est toujours possible qu'une éléphantiasis la suive; 2° on ne fait pas bien d'ajourner l'opération de ces cas.

Nævus verrucosus unius lateris.

M. MEISSNER présente un cas de nævus verrucosus de la clinique de M. Lassar. Tous les cas publiés ont un point commun: l'affection existe dès la naissance ou se développe dans la première jeunesse ou après des événements physiologiques comme la grossesse et l'accouchement. Un second point de relation consiste en ce que l'affection est unilatérale ou bilatérale. L'examen anatomique ne montre dans le cas présenté qu'une granulation papillomateuse de la couche papillaire, qui est accompagnée en partie d'hyperkératose, en partie d'une pigmentation du stratum cylindrique. Quant à l'étiologie, M. Meissner croit qu'il s'agit de troubles centraux qui exercent leur influence sur les nerfs vaso-moteurs. Ceux-ci amènent un plus grand afflux de sang et par là aussi un plus grand écoulement de la lymphe. Il faudra donc remarquer dans les préparations une altération des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui ne correspond pas à l'image ordinaire de la verrue. Il s'agit, dans le cas présenté, d'un

enfant qui montre l'affection sur le côté gauche à partir du dos de la main, passant de là sur le côté extérieur du bras, parcourant ensuite aussi le côté intérieur et finissant au dos par une configuration particulière. En outre, l'ouïe aussi bien que la vue sont moindres que sur le côté droit; le coin de la bouche pend un peu. La mère raconte que, dans la première enfance, la petite malade a aussi tiré sa jambe gauche. Tous ces symptômes permettent la conclusion que dans l'organe central sur le côté droit, le développement normal a été troublé. Cette même raison aura probablement aussi produit le *nævus*. Les préparations microscopiques font encore reconnaître une infiltration cellulaire périvasculaire qui se trouve aussi en partie autour des vaisseaux lymphatiques. La thérapie inaugurée semble avoir conduit à un effet. Les préparations ont été faites d'après une méthode de M. Benda et coupées avec le microtome de congélation.

M. BENDA rapporte la méthode dont il s'est servi dans le dernier temps. Elle a l'avantage de rendre apte chaque objet à être coupé en peu de temps également, de quelque manière qu'il ait été durci. On a seulement besoin de mettre l'objet dans une solution de formaline de 1 p. 100 pendant un quart jusqu'à une heure. Les préparations peuvent être teintées après par toutes les méthodes.

Pityriasis rubra pilaris.

M. G. LEWIN présente le malade déjà démontré dans une séance antérieure, qui était atteint de *pityriasis rubra pilaris*. Sous l'influence de la chrysarobine, le malade a été guéri complètement, preuve que le *pityriasis rubra pilaris* et le *lichen ruber acuminatus* ne sont pas identiques.

Gommes des paupières.

M. G. LEWIN présente une malade déjà traitée à différentes reprises pour des gommes aux paupières.

Tumeurs singulières des jambes.

M. G. LEWIN présente une malade qui avait été traitée par des injections pour plaques muqueuses et un *psoriasis palmaire*. Comme ce traitement ne fut pas bien souffert, on substitua à sa place l'iodure de potassium. Deux mois plus tard on vit sur le dos un exanthème noduleux faisant l'impression d'un *lupus*. En outre, on remarqua aux pieds et aux jambes des tumeurs ressemblant à des furoncles, sans cependant se développer de la manière de ceux-ci. On les envisagea par conséquent pour des gommes, quoique M. Lewin n'en ait pas encore observé dont le développement et l'involution se soient faits d'une manière aussi rapide. L'inflammation de la peau à l'entour est aussi absolument insolite. Il y a quatre ans, M. Lewin a eu un cas semblable qui montra également tout à coup après l'application de l'iodure, de petites tumeurs.

M. LASSAR mentionne que des cas semblables ont été décrits par Hallopeau et d'autres auteurs comme des tumeurs d'iode. O. ROSENTHAL.

Séance du 9 juillet 1895.

Président : M. G. LEWIN. — Secrétaire : M. O. ROSENTHAL.

Chancre de la joue.

M. LEDERMANN présente une femme de 33 ans, mariée depuis la fin de mars pour la seconde fois. De son premier mariage, elle avait eu un enfant qui jouit d'une bonne santé. Bientôt après son union, elle eut sur la joue gauche une petite ulcération qui fut touchée avec un crayon de nitrate d'argent, qui avait déjà servi chez d'autres malades. Néanmoins, l'ulcération augmenta et fut bientôt suivie d'un exanthème. Maintenant la malade montre une infiltration assez remarquable de la grandeur d'une pièce de deux marks, des plaques muqueuses dans la bouche et aux régions génitales. Le mari est porteur d'un chancre du rein, d'adénopathie et de plaques. La manière dont la femme a été infectée n'a pu être éclaircie. M. Ledermann ne suppose pas que le crayon de nitrate d'argent en ait été la cause.

M. LEWIN appelle l'attention sur la tuméfaction du sous-mentonnier. En outre, comme au moment même où le nitrate d'argent touche les tissus, une décomposition de l'albuminate du virus se produit, il croit qu'il est absolument défendu de penser à cette voie d'infection.

M. LEDERMANN mentionne que Fournier vient de déterminer, dans un essai sur la syphilis des médecins, l'opinion que le nitrate d'argent en lui-même ne cause jamais d'infection, seulement le porte-crayon qui l'entoure.

Gommes du pharynx, du larynx et de la langue.

M. G. LEWIN présente :

1) Une femme de 30 ans, qui avait fait auparavant des frictions et qui a maintenant une ophtalmie produite par une bléharite ulcéreuse. En outre, elle montre une gomme dans le parenchyme de la langue et une ulcération gommeuse sur la membrane interarythénoïdienne. Le reste du larynx est enflé.

2) Un malade de 35 ans, montrant une gomme proéminente de la langue et une périchondrite gommeuse du cartilage arythénoïdien gauche. Ordinairement, l'affection de ce cartilage en rapport avec la syphilis n'est qu'unilatérale, et l'infiltration offre plutôt un aspect jaunâtre que rougeâtre.

3) Un homme de 35 ans, offrant une destruction partielle des paupières inférieures, produite par des ulcérations. En même temps, il montre une grande ulcération de la paroi postérieure du pharynx, qui pénètre jusqu'à la colonne vertébrale, de sorte qu'en examinant avec le stylet on a l'impression qu'il s'agit d'une carie. Les cas de ce genre sont rares et échappent à l'observation assez fréquemment, puisqu'on examine rarement la cavité pharyngo-nasale. En outre, le malade se plaint de paresthésie dans les deux mains. M. Lewin se souvient d'un cas qui avait également montré une ulcération, à la même place à laquelle se joignit plus tard une paralysie des bras et des mains; il y eut terminaison fatale.

4) Un homme avec une ulcération à la paroi gauche du pharynx, située un peu plus profondément que celle de l'autre malade. Par conséquent,

elle a amené une réunion de l'arc palato-glosso avec la paroi postérieure du pharynx; en outre, une grande perforation du palais s'est formée par suite d'infiltrations gommeuses.

5) Un malade de 30 ans, qui fut reçu à l'hôpital avec un rupia et une orchite syphilitique. Après l'usage d'iodure de potassium, un exanthème ressemblant à un purpura se montra aux extrémités inférieures, comme M. Lewin l'a vu plus souvent après l'emploi du baume de copahu.

Traitement du *nævus verruqueux*.

M. LASSAR présente la même enfant que M. Meissner avait déjà montrée dans une séance antérieure. Il ne consent pas tout à fait à la dénomination de *nævus*, puisqu'il ne s'agit pas d'une anomalie innée ou existant dès la naissance, et que l'affection s'est plutôt développée peu à peu. L'examen histologique fit trouver l'existence de formations verruqueuses. Comme on réussit assez souvent à exercer une influence favorable sur des verrues molles par l'arsenic, le même remède a été aussi prescrit dans ce cas. La jeune fille n'a pris que de petites doses, trois fois trois gouttes de la solution de Fowler par jour et l'affection a disparu complètement. Ce succès semble démontrer qu'il existe une certaine parenté entre les *nævi* et les formations verruqueuses.

M. G. LEWIN a déjà avancé à plusieurs reprises que les *nævi* ne se forment ordinairement que dans la première ou la seconde année, mais il y a aussi des cas, chez lesquels on a trouvé l'affection tout de suite après la naissance. Quant à la thérapie arsenicale, M. Lewin a déjà traité, il y a quinze ans un malade qui avait sur la tête un grand nombre de verrues, par ce médicament; auparavant il avait été traité plusieurs fois sans succès par le grattage. Les doses minimales firent disparaître l'affection.

M. MANKIEWICZ rappelle que l'arsenic extérieurement appliqué rend aussi de bons services.

M. ROSENTHAL mentionne que l'arsenic ne mène pas à un résultat satisfaisant dans un nombre assez grand de cas. Il a traité par exemple dans le dernier temps une institutrice avec une pléiade de verrues planes sur le front. On avait commencé par de petites doses pour passer ensuite à des grandes. Le résultat était absolument négatif. Quant au cas de M. Lassar, il se distingue d'autres cas de *nævi verruqueux* parce qu'il ne s'est développé que dans un âge relativement avancé et qu'il montre des symptômes d'une affection centrale. Par suite de toutes ces particularités M. Rosenthal ne croit guère que le cas présenté soit identique aux autres cas publiés sur la désignation de *nævus verruqueux unilatéral*.

M. BLASCHKO a déjà traité il y a des années une série de malades par l'arsenic et a pu constater un effet surprenant, mais dans d'autres cas l'effet est absolument réfractaire. Quant à la cause de cette différence thérapeutique, M. Blaschko n'a pas réussi à la trouver. Mais ce qui est bien singulier c'est qu'on voit aussi naître des verrues sous l'influence de l'arsenic : ainsi M. Blaschko a observé dans deux cas leur formation et plus tard leur disparition après qu'on avait cessé de donner le médicament. D'une manière semblable l'arsenic, qui est un bon remède contre le pem-

phigus et les pigmentations, produit aussi des bulles et des taches pigmentées.

M. SAALFELD remarque que dans le cas présenté par lui dans une des séances antérieures, il s'agissait de deux sortes différentes de verrues. Celles qui étaient planes furent influencées par l'arsenic tandis que d'autres plus relevées et plus fendues restèrent intactes. Au reste, les verrues planes disparaissent aussi assez souvent sans aucune thérapie.

M. HELLER a observé sur lui-même des verrues planes aux doigts après s'être occupé longtemps avec des solutions photographiques. Il en a touché quelques-unes avec le nitrate d'argent; elles ont disparu toutes sans laisser de traces.

M. LASSAR a aussi fait usage de l'arsenic avec bon effet chez un malade montrant des verrues sur la tête après qu'il avait été traité sans succès par le raclage. Mais dans d'autres cas il n'a pas non plus remarqué d'effet. Quant à l'observation de M. Heller, M. Lassar n'est pas d'avis que l'évolution des verrues soit tout à fait accidentelle, puisqu'on fait quelquefois l'observation singulière qu'après qu'on a fait un essai thérapeutique sur une verrue, le reste disparaît complètement. Quant au cas présenté, il serait bien possible, vu l'influence de l'arsenic, qu'il s'agisse plutôt d'un cas de verrues que de nævus verruqueux.

M. G. LEWIN explique l'effet de l'arsenic d'une manière semblable que celui du phosphore.

Les deux médicaments amènent une métamorphose grasseuse des tissus. Comme une partie des verrues se compose de tissu conjonctif, l'arsenic ne peut exercer d'influence sur celles-ci que difficilement, mais une autre partie contient du tissu adipeux.

M. MEISSNER croit que l'arsenic, dont on sait qu'il change l'albumine des tissus en graisse, amène de cette manière une résorption des verrues. De telle sorte le tissu conjonctif est soumis à une même influence que par exemple les fibres musculaires. Quant aux néoplasmes pathologiques, il se peut bien que comme ils sont d'une date postérieure, ils soient soumis plutôt à une métamorphose que le tissu normal.

M. G. LEWIN remarque que l'arsenic produit un changement grasseux en privant les tissus de l'oxygène.

M. G. LEWIN mentionne que M. Meissner a donné comme cause des nævi une affection des centres vaso-moteurs. Cette théorie est en contradiction avec toutes celles émises jusqu'à ce jour. M. Lewin ne voudrait donc pas l'appuyer. De cette manière on pourrait expliquer tous les processus par suite d'influences vaso-motrices, dès qu'on observe une altération du sang ou une dilatation et un rétrécissement des vaisseaux. Pour prétendre que les centres en question sont pris, il faudrait qu'on puisse s'appuyer sur des autopsies et des expériences cliniques. Il y a quelques années M. Lewin a réuni tous les cas de nævus verruqueux qui se trouvent dans la littérature: c'étaient à peu près 100. Parmi ce nombre il y a 11 cas, où l'on pourrait peut-être supposer une affection centrale, ce qui ne parle pas justement pour la théorie de M. Meissner. M. Lewin ne croit pas que l'observation clinique seule puisse faire supposer que les nævi soient d'origine neuro-paralytique.

M. ROSENTHAL est d'avis que la théorie de M. Meissner puisse peut-être avoir une valeur pour le cas présenté, mais comme M. Lassar lui-même a consenti qu'il s'agit probablement d'une simple formation verruqueuse, la théorie tombe avec la diagnose.

M. BLASCHKO voudrait avoir fixé en premier lieu ce que la désignation « *nævus* » veut dire : une formation anatomique bien définie ou une entité étiologique. Jusqu'à présent on a réuni sous cette dénomination différentes formations : des angiomes verruqueux, des lymphangiomes, etc., de sorte qu'on trouve dans ce groupe un nombre de petites tumeurs différant par leur anatomie, leur histologie et leur étiologie. Avant d'émettre une théorie, il faudra donc d'abord une certaine clarté de la désignation. Unna dans son nouveau manuel donne la définition suivante : le *nævus* est toute macule bénigne de la peau qui existe dès la naissance en réalité ou en germe. Cette définition a pour base une certaine largeur, puisque les éléments histologiques peuvent différer complètement. Ces macules peuvent aussi se développer de différentes manières, puisqu'il peut s'agir d'anomalies d'éléments bien différents : des vaisseaux, du système nerveux, des cheveux ou de l'épithèle.

M. G. LEWIN voudrait essayer de donner l'explication suivante : le *nævus* est un néoplasme existant plus ou moins immédiatement après la naissance, qui ne subit pas de métamorphose postérieure et ne peut être enregistré dans le cadre des autres néoplasmes.

M. MEISSNER n'avait pas l'intention d'émettre une nouvelle théorie, mais voulait seulement essayer de réunir les théories jusqu'à présent connues. Comme finalement tout changement des tissus est en certain rapport avec le centre vaso-moteur, il croyait éviter dans sa théorie la faute qu'on ne prend égard qu'à la forme. Quant à la désignation, elle n'est nullement claire. Mais M. Meissner a mentionné dans l'introduction de sa théorie qu'il parlait seulement d'affections existant dès la naissance ou s'étant développées ou dans le premier âge ou après des événements physiologiques, sans cependant dépasser jamais la ligne médiane du corps.

Lichen ruber acuminatus et Pityriasis rubra pilaris.

M. G. LEWIN explique en peu de mots, en réservant une exposition plus large à une autre occasion, que le lichen ruber acuminatus aussi bien que le pityriasis rubra pilaris appartiennent au chapitre de la kératosis et que tous les cas publiés jusqu'à présent sous ces deux noms ne sont que des cas de kératosis connue depuis longtemps.

O. ROSENTHAL.

CONGRÈS ALLEMAND DE CHIRURGIE (1)

Avril 1895.

Diagnostic des syphilomes. Comment peut-on distinguer anatomiquement et cliniquement les sarcomes et lymphomes syphilitiques des autres sarcomes et lymphomes?

V. ESMARCH. — On sait depuis longtemps que la syphilis constitution-

(1) *Centralblatt f. Chirurgie*, 1895, n° 27.

nelle (acquise ou héréditaire) donne lieu assez fréquemment à la production de tumeurs qui peuvent être guéries par un traitement interne approprié ; mais on les confond facilement avec d'autres tumeurs malignes (sarcomes, carcinomes), et par suite on les opère inutilement, ou encore on ne les soumet pas à une médication convenable.

Après un court résumé historique de la question, l'orateur dit avoir observé dans sa pratique plus de quarante cas où des tumeurs, prises d'abord pour des sarcomes ou carcinomes malins, ont été finalement reconnues comme des syphilomes non douteux.

Mais il a trouvé dans son journal d'observations et dans la littérature médicale un plus grand nombre de cas qu'avec son expérience actuelle il serait porté à regarder comme suspects.

Il considère comme tels :

1° Tous les cas de tumeurs, dans lesquels les malades présentent d'autres symptômes de syphilis, ou ceux dans lesquels il résulte des commémoratifs que les malades ou leurs parents ont eu la syphilis ;

2° Toutes les tumeurs sarcomateuses qui se développent dans les muscles volontaires, notamment dans le muscle sterno-cléido-mastoldien, dans les muscles de l'abdomen, du dos et des membres inférieurs, ainsi que de la langue ;

3° Tous les sarcomes qui, après extirpation complète, récidivent d'abord lentement, puis à intervalles de plus en plus rapprochés (recurring fibroid tumors, Paget) ;

4° Toutes les tumeurs qui diminuent de volume ou disparaissent à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium, du mercure, de la tisane de Zittmann et de l'arsenic ;

5° Les sarcomes qui disparaissent à la suite d'érysipèles ou d'injections de toxines de l'érysipèle, etc. (Coley).

Tous ces motifs de suspicion sont en même temps des éléments importants du diagnostic clinique. Il n'est pas rare de découvrir des indices décisifs (exanthèmes, ulcères, cicatrices, dents, yeux, etc.).

L'aspect extérieur des tumeurs, le mode et la durée de leur développement sont si variables qu'on ne saurait y trouver des éléments de diagnostic.

L'examen anatomique permet parfois de faire le diagnostic à l'œil nu quand on trouve sur les coupes les caractères décrits par Virchow.

Il en est de même de l'examen microscopique qui fournit souvent aussi des indications utiles, notamment dans le sens négatif.

Mais dans bon nombre de cas, il est impossible de distinguer macroscopiquement ou microscopiquement les syphilomes des sarcomes à petites cellules et à cellules fusiformes.

Il en est de même des granulomes à prolifération continue, qui procèdent parfois de gommes suppurées.

Ce sont les lymphomes syphilitiques qui présentent les plus grandes difficultés pour le diagnostic ; on les rencontre très fréquemment, notamment dans la syphilis héréditaire tardive ; on les confond très souvent avec des lymphomes et des lymphosarcomes malins, tuberculeux, pseudo-leucémiques.

Des syphilomes se développent aussi dans d'autres glandes, dans le

sein, le testicule, les glandes salivaires; en général, on ne reconnaît leur nature qu'après l'extirpation.

Comme l'ablation de toutes ces tumeurs est d'ordinaire suivie de récidives de plus en plus rapides, auxquelles les malades finissent par succomber, il serait très important de savoir, au moins par l'examen microscopique, si l'on a affaire ou non à une lésion syphilitique.

Il est très probable, d'après le mode d'infection et la marche de la maladie, que l'agent morbide de la syphilis est un bacille ou un organisme analogue (protozoaire).

Malheureusement, en dépit de toutes les recherches, depuis Lustgarten jusqu'à Döhle, on n'est pas arrivé à établir d'une manière certaine, que les micro-organismes trouvés soient les causes de l'infection et se rencontrent à ce titre dans tous les produits de la syphilis.

Si l'on y arrivait, la plupart des difficultés du diagnostic disparaîtraient.

Discussion. — KÖNIG. — Il a pu arriver à tous les chirurgiens d'exciser un syphilome, mais cette erreur n'est pas aussi fréquente que le croit V. Esmarch. Les différences de région jouent un rôle important; on n'observe pas à Göttingen les mêmes formes qu'au bord de la mer. Les ulcérations avec production considérable de tissu qu'on observe souvent à la face et qui ont l'aspect de tumeurs, s'étendant toujours à la périphérie en forme de bourrelet et pénétrant dans la profondeur, sont connues comme syphilitiques. Il ne faut pas croire que l'état de tous ces malades soit modifié par un traitement spécifique. L'orateur a vu succomber trois malades à l'ulcération de l'orbite et du nez, malgré toutes les cures.

ROSE. — Les observations faites dans la syphilis héréditaire tardive confirment les idées exprimées par V. Esmarch. Il a vu de véritables tumeurs se développer dans la peau sur une base syphilitique; il se rappelle notamment une tumeur du menton, de la grosseur d'une pomme, qui disparut en quatre semaines sous l'influence de l'iodure de potassium.

KRAUSE. — La syphilis donne lieu parfois sur les bords de la mer à des lésions morbides bien différentes et beaucoup plus graves que celles qu'on observe dans l'Allemagne centrale. Ces cas graves se rencontrent chez les individus infectés venant des tropiques, beaucoup plus souvent que dans l'intérieur.

V. ESMARCH. — Les formes graves ne lui arrivent pas seulement des tropiques, mais aussi de la Suède. Du reste, le traitement ioduré ne réussit pas toujours immédiatement et d'une manière frappante; l'amélioration ne survient souvent qu'après six semaines, aussi ne faut-il pas interrompre trop tôt le traitement spécifique.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE (1)

Juin 1895.

Blennorrhagie utérine.

WERTHEIM établit les points suivants :

L'utérus est, après l'urèthre, le siège de prédilection de l'infection blennorrhagique.

(1) *W. med. Presse*, 1895, p. 1061.

Dans la plupart des cas, l'utérus est infecté directement, souvent même isolément.

La blennorrhagie utérine débute toujours d'une manière aiguë.

Bien qu'il ne soit pas possible d'établir une limite précise entre la période aiguë et la période chronique de la blennorrhagie utérine, on peut cependant les distinguer tant au point de vue clinique que bactériologique. La blennorrhagie utérine détermine toujours une inflammation de la muqueuse, endométrite interstitielle avec catarrhe purulent.

Dans un grand nombre de cas, quand la marche est chronique, il se produit une endométrite glandulaire.

A côté des lésions de la muqueuse, on trouve fréquemment des lésions inflammatoires de la couche musculaire, soit sous forme d'infiltration du tissu conjonctif musculaire, soit sous celle d'hyperplasie des parois vasculaires et qui aboutissent finalement à une hyperplasie du tissu conjonctif aux dépens des éléments musculaires.

La tuméfaction et la sensibilité douloureuse de l'utérus, que l'on constate en beaucoup de cas, doivent être regardées comme le résultat de la métrite.

Dans le tissu du col, les lésions inflammatoires sont en général d'autant moins graves qu'on se rapproche davantage de l'orifice externe.

On trouve parfois des gonocoques en quantité plus ou moins considérable dans la muqueuse enflammée, mais en beaucoup de cas le résultat de l'examen microscopique et des cultures est négatif.

La découverte des gonocoques dans le tissu est d'autant plus difficile que les couches sont plus profondes.

Il est probable que les gonocoques existent aussi dans les infiltrats inflammatoires du tissu musculaire, mais la preuve n'a pas encore été faite.

Il faut, du reste, regarder ces lésions comme dues à la blennorrhagie : 1° on a trouvé des gonocoques dans la muqueuse ; 2° il a été impossible de découvrir aucune autre espèce de bactéries dans les utérus examinés ; 3° ces lésions étaient également accusées dans tous les cas (5) concernant des multipares. Une infection mixte ou infection secondaire paraît être aussi rare ici que dans la blennorrhagie des annexes de l'utérus.

L'orifice interne de l'utérus ne joue pas le rôle qu'on lui a attribué d'obstacle à l'ascension du processus blennorrhagique.

Les exacerbations de la blennorrhagie utérine ont souvent pour cause une altération du terrain nutritif résultant de différentes influences nocives. Mais dans un grand nombre de cas, elles sont dues à une nouvelle infection.

L'état puerpéral occupe une place exceptionnelle parmi les facteurs nocifs, en tant qu'il y a certainement très souvent pendant cette période une propagation des gonocoques dans la cavité du corps indemne de gonocoques. Avec les autres facteurs dont il y a lieu de tenir compte : menstruation, coït, manipulations intra-utérines, cette complication serait beaucoup plus rare.

A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné (Traitement de l').— C. BÆCK. Oleum physeteris s. chænoceti Entenwalöl, als Salbenconstituens besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris. (*Monatshefte f. prak. Dermatologie*, 1895, t. XXI, p. 228.)

On sait que le professeur Guldberg a signalé la très grande pénétrabilité de l'huile de dauphin. L'auteur a de son côté constaté que cette huile est, jusqu'à un certain degré, un obstacle à la vie et à la croissance des bactéries dans la peau. Il a cherché à utiliser cette propriété principalement dans le traitement de l'acné vulgaire, les résultats ont été satisfaisants. Voici la formule dont C. Bæck se sert habituellement :

Camphre.....	} à 0,30 à 0,50 cent.
Acide salicylique.....	
Soufre précipité.....	10 gr.
Oxyde de zinc.....	2 —
Savon médicinal.....	1 —
Huile de dauphin.....	12 —

En application chaque soir, le matin lavage avec de l'eau chaude et du savon. Le camphre n'est ajouté à cette pommade que pour masquer l'odeur désagréable de l'huile. A. DOYON.

Angiokératomes. — PARDO REGIDOR. Verrugas telangiectasicas de la cara. Angiokeratoma. (*Revista de medicina y cirugía practicas*, Madrid, 1894, 660.)

Il s'agit d'un sujet de 19 ans, chez lequel se sont développées peu après la naissance, sur la joue puis sur le nez, des taches miliaires rouges qui dans la suite devinrent de petites élevures arrondies, rugueuses, d'une dureté moyenne et d'une couleur pourpre. Ces lésions ont fini par envahir toute la peau du visage. Leur aspect clinique est celui de la verrue classique : quelques-unes sont pédiculées et de consistance dure mais non cornée. Excisées, elles saignent abondamment. Les parties latérales de la face sont aussi envahies par d'innombrables taches rouges, arrondies, de la dimension d'une tête d'épingle et qui disparaissent à la pression du doigt. L'examen microscopique montra qu'il existait une multitude de papilles, mais entre les papilles normales et celles des petites tumeurs, il existait les différences suivantes : 1° les grandes dimensions de certaines d'entre elles avec tendance marquée à la ramification et l'inégalité de développement ; 2° les vaisseaux centraux étaient irréguliers, très dilatés,

formant de véritables espaces lacunaires, les uns vides, les autres remplis de sang coagulé; 3° sur l'une de ces petites tumeurs, la couche cornée était si prononcée qu'il n'y avait aucun doute sur l'existence d'un processus hyperkératique.

La lésion répond donc aux papillomes cornés verruqueux de Cornil et Ranvier, aux fibromes papillaires de Cajal : les particularités dignes d'être notées sont les dilatations vasculaires.

Traitement : cautérisations au galvano-cautère.

L'auteur fait au sujet de cette observation les réflexions suivantes : On localise l'angiokératome aux extrémités où il coexiste avec l'érythème pernio et l'on dit que bien que verruqueuse, la lésion est télangiectasique puisque l'hypertrophie papillaire fait défaut. Il est illogique de donner ce nom d'angiokératome à une lésion cutanée dans laquelle le corps papillaire n'a subi aucune altération. Il faut réserver ce nom aux seuls cas dans lesquels il se trouve à côté de kératose et d'hypertrophie papillaire, une dilatation vasculaire et l'on appellera angiokératome la verrue télangiectasique telle que le cas précédent en est un exemple et qui présente de la kératose, de l'hypertrophie papillaire et de la dilatation vasculaire.

PAUL RAYMOND.

Dermatoses en général. — O. PETERSEN. Hospitalisation, à Saint-Petersbourg, des malades atteints d'affections cutanées (*Wratsch*, 1895, n° 10 et 19, p. 268 et 533).

Les services de médecine, de chirurgie et de maladies contagieuses de Saint-Petersbourg sont irréprochables et rivalisent avec les meilleurs hôpitaux de l'Europe; seuls les services de maladies vénériennes et surtout de syphilis laissent beaucoup à désirer; quant aux sujets atteints d'affections cutanées, il n'y a pas du tout de services spéciaux pour eux, de sorte qu'on les renvoie d'un service à l'autre et on ne veut les garder nulle part; d'autre part le traitement ambulatoire des affections dermatologiques n'est point chose commode. Ce n'est pas cependant que le nombre de ces malades soit restreint, loin de là! D'après les statistiques recueillies par l'auteur, il a été traité pour des affections cutanées pendant les années 1885-1890 dans les hôpitaux de Saint-Petersbourg 950 hommes et 1560 femmes (ce qui constitue à peu près 1/100 du chiffre total des malades). Ces malades étaient souvent reçus dans les salles de maladies infectieuses ou de syphilis, ce dont l'auteur s'indigne. Ces chiffres sont encore certainement au-dessous de la vérité car la façon dont sont composées ces statistiques n'est pas toujours à l'abri de reproches. D'après les chiffres fournis par le Département Médical pour l'année 1891, sur le nombre total des malades traités à l'hôpital ou dans les services ambulatoires il aurait dû y avoir non pas 1 p. 100, mais 10 p. 100 des maladies cutanées.

En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité de créer un service spécial pour les maladies cutanées.

S. BROFDO.

Dermatoses d'origine alimentaire. — T. GUIDA. Contribuzioni cliniche allo studio delle dermatosi alimentari dei bambini (*La Pediatria*, février 1895, p. 44).

L'auteur rapporte des observations de dermatoses aiguës se produisant chez des enfants soumis prématurément à l'alimentation carnée et les rapproche des faits publiés par Juhel Rénouy. La forme la plus fréquente de ces dermatoses est l'urticaire, qui sous l'influence du grattage peut être l'origine de lésions de prurigo ; plus rarement, on observe des éruptions scarlatiniformes ou morbilliformes. Ces éruptions guérissent rapidement par l'emploi de purgatifs, suivi de la suppression de l'erreur de régime qui leur a donné naissance.

GEORGES THIBIERGE.

Eczémas réflexes. — T. PAVLOFF. Contribution à l'étude des eczémas réflexes (*Bolnitsch. Gaz. Botkina*, 1894, n° 34 et 35).

L'auteur a observé chez une malade avec un rein mobile un cas d'eczéma, et il met ces deux faits en rapport de cause à effet. L'éruption s'est montrée pour la première fois en 1892 en même temps que des douleurs dans la région lombaire droite et un malaise général. L'érythème d'abord localisé à la moitié droite du corps, s'est généralisé bientôt en présentant une disposition symétrique. A l'examen, on trouve que le rein droit est mobile ; la malade est très nerveuse. Les bromures et le traitement local n'a produit aucune amélioration. Se rappelant alors que M. Abramitscheff a rapporté au cinquième Congrès de Pirogoff un cas analogue où la guérison de l'érythème se montra dès que la malade mit une ceinture, l'auteur a appliqué le même traitement et avec le même succès ; dès que la malade enlevait le bandage, l'éruption réapparaissait pour disparaître, lorsqu'elle le remettait.

Un mois après la sortie, la malade est revenue de nouveau, ayant un érythème ; l'examen démontra que sa ceinture n'était pas bien faite.

Chez cette malade, comme chez d'autres ayant de l'eczéma, l'auteur a trouvé de l'hypéresthésie cutanée ; il croit donc que deux facteurs sont nécessaires pour le développement de l'eczéma : une irritation locale et une hypéresthésie.

S. BROÏDO.

Éruptions par antipyrine. — Suss. Note sur deux cas d'érythème phlycténulaire produit par l'antipyrine (*France médicale*, 22 mars 1895, p. 177).

1^{re} Cas. — Homme diabétique atteint de grippe ; 3 grammes d'antipyrine par jour ; après vingt-quatre heures de traitement, apparition sur les lèvres et le gland de taches de forme irrégulière, de couleur violacée bien typique (le malade déclare que l'antipyrine lui produit toujours le même effet) ; dès le lendemain, les taches érythémateuses sont remplacées par des phlyctènes remplies de sérosité louche, suppurée le jour suivant ; en huit jours, tous les accidents sont guéris.

2^e Cas. — Femme ; à la suite de l'administration de 2 grammes d'antipyrine, lésions analogues à celles du premier cas, sur le dos des mains, la

lèvre supérieure, les coudes, les parties génitales externes; petites ulcérations d'aspect syphiloïde sur la langue, la partie postérieure des lèvres et les gencives.

GEORGES THIBERGE.

Érythème. — PAVLOFF. Contribution à l'étiologie des érythèmes exsudatifs chroniques (*Bolnitsch. Gaz. Botkina*, 1894, n° 43-49).

D'après le professeur Polotebnoff les érythèmes peuvent être classés en quatre groupes : 1° érythèmes provoqués par les irritations externes; 2° érythèmes réflexes; 3° érythèmes d'origine centrale; 4° érythèmes infectieux, c'est-à-dire se montrant au cours d'une maladie infectieuse quelconque.

M. Pavloff trouve que ce dernier groupe doit être identifié aux érythèmes toxiques, c'est-à-dire doit être considéré comme d'origine centrale. Il ne reste donc que trois groupes : érythèmes de cause : 1° locale; 2° centrale, et 3° réflexe.

A l'appui de sa théorie, l'auteur rapporte plusieurs observations qui la confirment : trois cas d'érythème au cours d'une maladie de Basedow où l'éruption s'aggravait chaque fois que l'état de la malade empirait; un cas d'érythème réflexe dû à la présence d'un vers intestinal; un cas d'érythème chez une malade ayant un cancer de l'utérus où l'éruption doit être attribuée à la résorption des toxines, résorption qui a amené une irritation des centres vaso-moteurs.

S. BROÏDO.

Herpès zoster. — E. LESSER. Zur Pathogenese des Herpes Zoster (*IV^e Congrès des dermatologistes allemands*).

On sait depuis les recherches de Pitres et Vaillard, de Curschmann, d'Eisenlohr, que des affections des nerfs périphériques, les ganglions étant intacts, peuvent produire le zoster. C'est surtout Dubler qui, s'appuyant sur deux autopsies, a soutenu que dans le zoster il faut chercher la lésion primitive, non dans le ganglion, mais dans les nerfs périphériques. Il conclut de là que la névrite est la condition préalable nécessaire pour la production du zoster, névrite pouvant avoir aussi son point de départ dans les ganglions inter-vertébraux et que les efflorescences sont dues à la propagation directe de l'inflammation des terminaisons nerveuses à la peau. Lesser ne peut admettre ce dernier point. L'apparition aiguë de la gangrène dans les efflorescences paraît contredire cette manière de voir. Comment, en effet, une inflammation qui ne détermine dans le nerf que des altérations relativement légères, pourrait-elle, en se transmettant à la peau, amener brusquement une gangrène souvent si étendue. Il doit y avoir ici en jeu des influences trophiques spéciales, comme du reste Gaule en a donné des preuves expérimentales.

L'auteur s'en tient à l'opinion de Neisser que l'éruption zostérienne est due à une gangrène plus ou moins étendue de la peau et qu'il faut chercher la cause de cette gangrène très probablement dans la suppression de certaines impressions nerveuses nécessaires pour la nutrition des parties affectées.

L'auteur a principalement porté son attention sur les paralysies qui

s'ajoutent au zoster dans la sphère du trijumeau et des nerfs cervicaux, parce que d'une part on observe plus souvent des paralysies dans ces zoster; de l'autre part, parce qu'ici les première et deuxième branches du trijumeau ne contenant pas de fibres motrices, il doit s'agir en général d'une maladie de nerfs différents dont les conditions anatomiques permettront peut-être de se renseigner sur le siège du processus morbide.

Voici un cas observé par l'auteur : il concerne un homme de 72 ans. Éruption de zoster dans la région de distribution du nerf frontal droit. Dans quelques groupes, petites eschares gangreneuses ; œdème de la paupière supérieure. Vives douleurs. Trois jours après, nouvelles eschares gangreneuses ; douleurs très aiguës. Onze jours plus tard, l'éruption est guérie, cicatrices en quelques points, diplopie. Les douleurs ont presque disparu, prurit cutané. Parésie du muscle oblique supérieur de l'œil droit.

Dans ces cas, quinze jours environ après le début du zoster, il est survenu une paralysie du muscle oblique supérieur innervé par ce nerf trochléaire. Les paralysies s'observent surtout dans le zoster de la première branche du trijumeau. Sur 52 cas de zoster ophtalmique, Hinde a constaté quatre fois des paralysies.

Dans le zoster limité à la seconde branche du trijumeau, l'auteur n'a pas trouvé un seul cas de paralysie, et un cas de paralysie faciale dans le zoster des deuxième et troisième branches du trijumeau. Par contre on a observé plusieurs cas de paralysies, toutes du facial, dans le zoster, dans le territoire de la troisième branche du trijumeau.

De même on a décrit une série de cas dans lesquels une paralysie du facial coexistait avec le zoster dans la sphère de distribution des nerfs cervicaux.

Il est très probable que dans tous ces cas il doit y avoir une névrite des nerfs sensitifs correspondants, du trijumeau ou des nerfs cervicaux, mais on ne peut en conclure que le zoster est dû à cette névrite seule, sans lésion du ganglion de Gasser ou du ganglion intervertébral correspondant en cas de maladie des nerfs cervicaux. La névrite pourrait en effet avoir eu son point de départ dans le ganglion ou s'être propagée jusqu'à lui dans les autres cas et le zoster ne s'être produit que plus tard.

Les zoster occupant tout le territoire de distribution des trois branches du trijumeau d'un côté sont très rares. L'auteur n'a encore jamais vu un cas de ce genre. Les éruptions zostériennes sont très rares aussi dans la sphère de distribution des deux branches du trijumeau ; dans la grande majorité des cas l'éruption est limitée à une branche. Dans beaucoup de cas la branche nerveuse n'est même pas affectée tout entière, il n'y a qu'un ou quelques rameaux d'atteints.

Comment peut-on faire accorder ces faits avec l'origine ganglionnaire de l'herpès zoster ? Un foyer morbide du ganglion ne pourrait intéresser les fibres d'une branche ou d'un rameau spécial que s'il y avait dans le ganglion un certain cloisonnement, correspondant au moins aux trois branches et qu'ainsi la transmission de la maladie aux parties voisines fût empêchée. Mais il n'en est pas ainsi. Par suite il est peu probable que la lésion primitive du zoster du trijumeau se trouve dans le ganglion et les altérations du ganglion sont peut-être dues à une névrite ascendante.

Naturellement cette conclusion ne s'applique qu'aux zosters du trijumeau, car ceux des autres régions et en premier lieu les zosters intercostaux se comportent tout autrement, en ce sens qu'ils affectent presque régulièrement tout le territoire de distribution d'un nerf. A. Doyon.

Impétigines. — NEEBE. *Über Impetigines (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1895, t. XX, p. 497).*

Dans l'impétigo vulgaire et l'impétigo circonscrit, l'auteur recommande de ramollir et d'enlever les croûtes par le lavage ; on détache mécaniquement les croûtes adhérentes, et avec le tamponnement on arrête rapidement les hémorrhagies superficielles. On frotte énergiquement ensuite toutes les parties malades avec une solution aqueuse de sublimé à 1 0/00 ; on recommence jusqu'à ce qu'il ne se forme plus une nouvelle pustule d'impétigo. Il faut observer très attentivement les bords de chaque pustule ; on les lave avec soin, car c'est de là que se fait la propagation de l'impétigo. En général, trois à quatre lavages pendant plusieurs jours consécutifs sont nécessaires. S'il ne survient pas de nouvelles efflorescences, les pustules guérissent rapidement avec une pommade ou un emplâtre de zinc. A. Doyon.

Impétigo herpétiforme. — SCHULZE. *Ein Fall von Impetigo herpetiformis (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1895, t. XXX, p. 53).*

Ce cas concerne une femme de 38 ans, enceinte pour la neuvième fois. Elle présente sur la plus grande partie du corps une éruption très prurigineuse. Dans le sixième mois de sa sixième grossesse, il y a sept ans, elle a eu une maladie analogue ; au septième mois, à la suite d'une chute, avortement ; l'enfant succomba immédiatement sans présenter aucun signe d'une maladie de la peau. L'affection chez la malade avait alors envahi le tronc et les membres jusqu'aux coudes et aux creux poplités.

Après l'accouchement l'état général s'aggrava, surtout les affections de la peau. Ce n'est qu'au bout de onze mois, lors de sa septième grossesse, qu'une amélioration survint peu à peu et ce n'est que trois mois après l'accouchement que la maladie disparut complètement sans laisser de cicatrices. L'affection dura à cette époque en tout deux ans.

La huitième grossesse et l'accouchement furent il y a trois ans tout à fait normaux sans la plus légère trace d'éruption.

Au milieu du cinquième mois de la neuvième grossesse, l'affection de la peau commença avec de la fièvre et des frissons, avec violent prurit et sensation de brûlure, sur la partie inférieure de l'abdomen ; l'éruption s'étendit ensuite assez rapidement dans toutes les directions, les jambes, les bras. La poitrine et le dos ne présentent que quelques éruptions récentes. Au bout de quinze jours il survint en outre de la toux et de l'enrouement. Engorgement très prononcé des ganglions axillaires. La face et le cuir chevelu sont indemnes. Pas d'œdème. Cœur normal. Matité légère au sommet des deux poumons, râles à petites bulles. Ni sucre ni albumine.

L'affection de la peau est caractérisée par des pustules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, confluentes, disposées en groupes arrondis, sur une base enflammée, rouge, tuméfiée; le contenu des pustules est toujours immédiatement trouble et s'écoule sous forme d'un pus épais, jaune verdâtre. En beaucoup de points il s'est formé des croûtes qui augmentent constamment de volume à la périphérie par la formation de nouveaux cercles de pustules tout autour des premières croûtes et qui se dessèchent ensuite peu à peu. Au-dessous des croûtes, la peau est unie, rouge brillant et épaissie, en certains points encore humide. Sur la peau de nouvelle formation les papilles recouvertes d'un épiderme mince sont très visibles; on ne trouve nulle part, ni granulations, ni cicatrices. Chaque nouvelle poussée s'accompagne de fièvre et d'un malaise général.

Quant à la localisation, la partie la plus fortement atteinte du tronc est le pourtour des deux mamelons. Sur le côté droit du thorax il y a un foyer de la largeur de la main. L'abdomen est complètement envahi et présente toutes les périodes du processus avec guérison au centre. Les plis inguinaux sont complètement indemnes. La surface d'extension des deux cuisses, presque jusqu'au-dessus du genou est envahie, tandis que les jambes sont tout à fait libres d'éruption. Sur les avant-bras, nombreuses plaques humides dont les rebords rouges très saillants et très douloureux sont le siège de pustules confluentes; sur les bras, l'éruption est moins abondante. Le milieu des bras au niveau des coudes est des deux côtés totalement intact.

Sur toutes les régions atteintes on voit donc plus ou moins nettement la disposition annulaire, typique, caractéristique de l'impétigo herpétiforme, des pustules avec guérison au centre et bord rouge, dur, couvert de pustules, à marche centrifuge.

Comme traitement on prescrivit des bains prolongés avec poudrage consécutif. De nouvelles poussées se produisirent à des intervalles plus ou moins grands; l'état général présenta aussi des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'à la naissance d'un enfant entièrement sain. A partir de l'accouchement la maladie s'améliora immédiatement d'une manière notable et, deux mois après, la guérison était complète, sans cicatrices; en quelques points il restait encore des taches de pigment, mais presque partout la peau était absolument normale. L'enfant est très robuste; la malade a cessé tout traitement.

Dans ce cas, comme dans celui de du Mesnil et Marx et celui de Breier, les pustules atteignaient en partie la volume d'une lentille, tandis que Kaposi n'indique pour ces pustules que la grosseur d'une tête d'épingle.

Les muqueuses étaient complètement, indemnes comme dans le cas de Breier; tandis que tout le corps fut peu à peu plus ou moins envahi; les plis inguinaux, le pourtour des coudes, les pieds et le cuir chevelu furent seuls épargnés par l'éruption.

L'auteur en terminant se demande si, dans des cas analogues, il n'y aurait pas lieu de conseiller dans l'avenir l'accouchement prématuré artificiel.

A. Doyon.

Lépre (Diagnostic bactériologique de la). — TSCHERNOGUBGW. Eine leichte und schnelle Methode zur bakterioskopischen Diagnose der Lepra (*Archiv. f. Dermatol u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 241.)

A la suite de nombreuses recherches que l'auteur a faites sur deux lépreux à l'hôpital de Mjasnitzki il recommande la méthode suivante. Il est nécessaire d'avoir à sa disposition une aiguille à inoculation, plusieurs tubes de verre capillaires renflés en leur milieu (comme ceux employés pour recueillir le vaccin) et enfin une lampe à alcool.

On enfonce l'aiguille avec les précautions aseptiques habituelles dans le nodule, l'infiltrat ou la tache, de façon à traverser toute la couche cutanée ; immédiatement après on prend un tube, après avoir brisé l'une des extrémités on fait passer le tube sur la flamme de la lampe et on introduit l'extrémité ouverte dans la plaie en faisant attention à ce quelle vienne en contact avec les bords de l'incision. Le tube se refroidissant il y pénètre un mélange de sang et de lymphé après quoi on ferme immédiatement à la lampe l'extrémité ouverte du tube.

Les avantages de cette méthode sont les suivantes :

- 1° Une opération tout à fait légère et en général non douloureuse en raison de la nature de la maladie ;
- 2° Des matériaux abondants pour l'examen ;
- 3° La facilité de leur longue conservation (le contenu du tube a donné au bout de sept mois des préparations remarquables de bacilles lépreux) ;
- 4° La qualité parfaite de ces matériaux (le liquide contient un grand nombre de bacilles et par suite l'examen donne toujours des résultats positifs) ;
- 5° La rapidité de l'examen bactériologique du malade ;
- 6° La simplicité des appareils et la possibilité d'opérer sans aides.

A. DOYON.

Lupus. — DROBNIK. Du lupus (*Noviny Lekarskie*, 1895).

L'auteur en distingue deux variétés : le lupus de la peau seule où toute la lésion est limitée à la peau, et le lupus consécutif à la tuberculose ganglionnaire ou osseuse.

Le lupus de cette seconde origine s'observe surtout au cou, à la nuque, aux mains et aux pieds. Les ulcérations se couvrent en général de nombreuses granulations sécrétant un pus abondant. Si on curette bien cette ulcération, on arrive parfois à découvrir un trajet étroit menant à travers l'aponévrose intacte à l'os primitivement atteint. Si l'on peut enlever complètement ce foyer causal, le pronostic est assez favorable. S. BROÏDO.

M. E. VASSILIEFF. — Guérison d'un lupus à la suite d'un érysipèle intercurrent (*Meditzinskoïe Obozrenié*, 1895, n° 6, p. 584).

Soldat de 23 ans, atteint depuis deux ans de lupus vulgaire de la paupière inférieure droite, de la commissure labiale du même côté et de l'aile du nez correspondante ; la lésion a d'abord commencé par un seul foyer qui a récidivé après le curettage et s'est alors accompagné de deux autres.

La cautérisation par l'acide lactique et le nitrate d'argent pendant six semaines n'a produit aucune amélioration quand se développa un érysipèle de la face ayant duré cinq jours; quand la desquamation a commencé on constata que les ulcérations lupiques et les croûtelles ont disparu sans qu'il se soit formé de nouveaux nodules. Lorsque la desquamation fut complètement terminée il ne resta à la place des anciens foyers lupiques que des cicatrices pigmentées.

Le malade n'a pas été revu depuis, de sorte que l'auteur ne sait pas si la guérison a été définitive. S. BROÏDO.

Molluscum contagiosum. — HENRY W. STELWAGON. The question of contagiousness of molluscum contagiosum (*Journ. of cutan. and genito-urinary diseases*, février 1895, n° 2, p. 50.)

M. Stelwagon publie sur ce sujet une revue générale concluant à la contagion du molluscum de Bateman. Il rappelle les discussions nombreuses sur le sujet, montre que les partisans de la contagion augmentent de nombre chaque année.

Les preuves de la contagion peuvent être rangées sous quatre chefs.

1° Exemples cliniques de contagion entre membres d'une même famille.

2° Exemple de contagion dans les asiles, écoles, hôpitaux.

3° Exemples d'inoculation accidentelle.

4° Inoculations expérimentales probantes.

Les faits rappelés vont de 1877 à 1893. Le chapitre des inoculations expérimentales mentionne les succès de Retzius, Paterson, Vidal, Stanziale, Pick, Haal, Nobel.

L'auteur insiste avec raison sur la longue durée d'incubation souvent nécessaire au développement de la petite tumeur, sur la lenteur de sa première évolution, lenteur qui permet de perdre la trace de sa cause.

Comme dans beaucoup d'autres sujets, les faits négatifs ne peuvent rien contre des faits positifs bien établis et la contagion ici est indiscutable.

La nature seule du parasite causal reste à éclaircir, les travaux de Torök, de Tommasoli et de Piffard ayant fortement ébranlé l'idée d'une psorospermose.

R. SAROURAUD.

Molluscum contagiosum. — NOBL. Experimenteller Beitrag zur Inokulationsfähigkeit des Epithelioma contagiosum (*Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 231).

Le cas suivant contribuera à démontrer l'inoculabilité des épithéliomes.

Il s'agit d'un homme de 20 ans qui, six mois avant son entrée à l'hôpital, avait remarqué sur la face dorsale du pénis une petite élevation verruciforme augmentant lentement de volume. Au bout de quatre mois cette élevation avait la grosseur d'un pois et s'était ulcérée. Tout autour il se forma des papules analogues de la grosseur d'un grain de mil. Au moment de son entrée on constata l'état suivant :

La peau du pénis sur sa face dorsale près du pubis était envahie par une couronne compacte de papules de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis, légèrement aplaties au centre, dont la surface lisse d'un éclat nacré, l'ouverture et ombilication centrale, ainsi que l'absence de réaction au pourtour ne permettaient pas de douter un instant de la nature molluscoïde des efflorescences. Au centre de cette couronne on trouve la nodosité la plus ancienne, demi-sphérique, ulcérée, de la grosseur d'un haricot.

On trouva au microscope, sur des fragments excisés sur la partie amollie du nodule, de nombreux corpuscules caractéristiques de molluscum.

A l'instigation du professeur Lang l'auteur inocula le malade dans des régions où les épithéliomes contagieux ne se développent pas d'ordinaire, sur les faces de flexion des deux bras, en trois points éloignés l'un de l'autre d'environ un centimètre et demi, après désinfection préalable complète avec du savon, de l'alcool et de l'éther.

On fit sur ces trois points l'inoculation en frottant avec une baguette de verre stérilisée le contenu ramolli de papules épithéliomateuses récemment obtenu par compression. Les recherches de Neisser sur l'histogénèse des épithéliomes ayant montré que ceux-ci partent des couches cellulaires profondes du réseau de Malpighi, Nobl enleva d'abord aux points inoculés avec la curette les couches épithéliales supérieures kératinisées pour faciliter la pénétration du contagé dans la couche cellulaire profonde. Immédiatement on excisa tous les épithéliomes du pénis avec leur base et leur pourtour et suture consécutive des bords de la plaie. Au bout de douze jours toutes les plaies étaient guéries et le malade quitta l'hôpital.

Sur les points inoculés on n'observa rien pendant les quatorze premiers jours.

L'auteur ne revit ensuite ce malade qu'après cinq nouvelles semaines ; cette fois, c'est-à-dire au bout de sept semaines, il put constater la présence, au point inoculé le plus élevé sur le bras droit, d'une petite élevation juste visible à l'œil nu, qui, examinée à la loupe, montrait déjà une ouverture centrale et qu'on reconnaissait facilement pour une papule de molluscum au début. Huit jours après, la papule avait atteint la grosseur d'un grain de chènevis et présentait tous les caractères cliniques d'un épithéliome contagieux. Sur les deux autres points d'inoculation il se produisit aussi des capsules typiques d'épithéliome. L'auteur enleva les papules et leur examen histologique montra l'identité anatomique non douteuse des produits de l'inoculation avec l'épithéliome contagieux.

Cette expérience ne donne aucun renseignement positif sur la nature de l'agent infectieux.

Toutefois un fait frappant c'est le long intervalle entre l'inoculation et le développement des efflorescences ; cette longue durée de l'incubation concorde du reste avec celle des cas antérieurs (Pick, Haab).

A. DOYON.

Mycosis fongioïde. — BIGGS. Tumors of the Skin : Mycosis fungoides (*The New-York Pathological Society*, 12 décembre 1894).

Le Dr Biggs présente des tumeurs cutanées qui ont été enlevées à une femme mariée âgée de 35 ans. Quatre ans auparavant, on l'avait soignée pour une éruption composée de plaques rouges légèrement déprimées au centre, siégeant aux jambes, aux bras et au dos. Elles s'étaient ensuite peu à peu développées jusqu'à ce que quelques-unes d'entre elles aient atteint le volume d'un œuf de poule. Quelques-unes ont disparu spontanément en laissant une tache cuivrée, tandis que d'autres se sont ulcérées. Lors de son entrée, la malade présentait un grand nombre de plaques rougeâtres, non indurées sur les jambes et quelques-unes sur le dos. Il y avait vingt ou trente nodules, variant comme grosseur de celle d'un pois à celle d'un œuf de poule et ulcérées sur les surfaces aplaties. Les plus volumineuses se trouvaient surtout sur les jambes, les cuisses et les hanches. Elles étaient toutes facilement mobilisables et légèrement étranglées à leur base. Les ganglions des aines et des aisselles étaient augmentés de volume. Deux semaines plus tard, deux de ces tumeurs avaient presque disparu spontanément, et deux semaines plus tard encore, quelques tumeurs nouvelles avaient fait leur apparition.

L'auteur présenta trois de ces tumeurs les plus volumineuses à la Société. L'une d'elles avaient un diamètre de 8 centim. et s'élevait à 3 centim. au-dessus du niveau de la peau voisine; une autre avait 5 centimètres et demi de diamètre, la troisième 3 centim. A l'état frais, elles étaient rouges dans leur totalité et semblaient être ulcérées superficiellement. En les incisant, on vit qu'elles étaient d'une consistance ferme, grisâtre, sur la coupe, modérément vasculaires; elles n'avaient subi de dégénérescence en aucun point. L'examen microscopique montra que le processus morbide avait surtout envahi le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Leur structure consistait surtout en de petites cellules rondes et en un peu de tissu connectif jeune. Les vaisseaux avaient de minces parois. L'aspect était presque analogue à celui de la simple adénite, ou encore à celui du sarcome.

L. B.

Mycosis fongioïde. — ALBRECHT VÖLCKERS. Ueber granuloma. Mykosis fungoïde der Haut (*Münchener mediz. Abhandlungen*, 1^{re} série n° 14, avec deux dessins. München, 1893, chez Lehmann).

Dans cette brochure l'auteur, après une courte définition de cette rare affection, décrit très en détail un cas qu'il a eu l'occasion d'observer. Il s'agit d'un homme de 70 ans, atteint depuis plusieurs années d'un mycosis de la peau et qui succomba accidentellement à une attaque d'influenza.

L'autopsie n'a pas été faite.

Dans ce cas il y avait deux espèces de tumeurs dont l'une avait son point de départ dans la partie papillaire de la peau, l'autre dans la portion sous-papillaire. Dans les néoplasmes de la partie papillaire on pouvait reconnaître les périodes différentes qui ont été décrites en premier lieu par Bazin (1864).

Quant aux nodosités procédant de la partie sous-papillaire on ne les

trouvait chez ce malade qu'aux plis du coude et dans la peau du scrotum. Ces tumeurs de consistance élastique étaient mobiles; la peau sus-jacent. n'était ni rouge ni en desquamation.

A propos de ce cas Völckers expose les différentes opinions émises par les auteurs sur la nature et les causes de ce processus. Les considérations anatomo-pathologiques que l'on peut rattacher au cas actuel se confondent à peu près avec les opinions de Funk. Selon cet auteur, il s'agit peut-être dans la sarcomatose de la peau de tableaux morbides variés tenant à ce que les néoplasmes peuvent avoir leur point de départ dans des couches plus ou moins profondes, mais en réalité sont de même nature, attendu qu'elles ont le derme pour base commune.

L'arsenic paraît être le seul médicament qui exercerait une action régressive sur les tumeurs; Köbner et Touton ont chacun publié un cas de guérison complète après un traitement arsenical. Kaposi a également signalé les effets favorables de l'arsenic.

A. DOYON.

Varices (Histologie des). MENAHEM HODARA. Die Histologie der Varicen (Travail du laboratoire du Dr Unna. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1895, t. XX).

A la suite de l'augmentation de la pression du sang dans les veines profondes, il se produit d'abord une dilatation plus ou moins grande des veines sous-cutanées, plus tard aussi des veines de la peau. Le tissu élastique de la paroi veineuse favorise la résistance contre la pression anormale du sang, en ce sens qu'il devient le siège d'une hyperplasie et d'une hypertrophie plus ou moins fortes. Mais comme cette hyperplasie est insuffisante contre la pression sanguine qui augmente de plus en plus, il en résulte que les parois des veines ectasiées deviennent de plus en plus minces. Ces veines, considérablement dilatées, dont les parois ne paraissent pas hypertrophiées au premier abord, présentent déjà une hypertrophie et une hyperplasie considérables du tissu élastique.

Ultérieurement, le tissu musculaire seconde les efforts du tissu élastique, il est, en effet, aussi hypertrophié et hyperplasié à des degrés variables. Parfois le tissu conjonctif des membranes médiane et interne participe un peu à ce processus. De cette manière, la veine ectasiée à paroi mince se transforme en une veine à parois épaisses. Le tissu élastique est ici beaucoup plus hyperplasié que dans les veines à parois minces et traverse d'une manière anormale toutes les membranes sous forme de lamelles dures à fibres élastiques très hypertrophiées: hypertrophie externe. En dépit de l'épaississement notable de la paroi, la dilatation est rarement compensée, car on rencontre des veines sous-cutanées épaissies, qui, en comparaison des vaisseaux normaux, sont visiblement ectasiées.

A cette hypertrophie et à cette hyperplasie de tous les éléments de la paroi des veines sous-cutanées ectasiées, il s'ajoute encore une néoplasie; un tissu de nouvelle formation d'épaisseur très variable se développe dans la membrane interne et entoure la lumière du vaisseau complètement ou en partie (latéralement). Cette couche consiste toujours en tissu conjonctif dans lequel ne se développent que plus tard du tissu élastique et en partie

aussi du tissu musculaire. Le tissu élastique de cette couche devient le siège correspondant à l'augmentation constante de la pression du sang, d'une hypertrophie et d'une hyperplasie très considérables, sous forme de lamelles dures.

La couche de nouvelle formation peut devenir aussi épaisse que la paroi vasculaire primitive : hypertrophie interne. De même que les veines sous-cutanées, les veines de la peau et les veines de transition sont atteintes d'hypertrophie interne et acquièrent parfois une épaisseur analogue à celles des veines sous-cutanées. Chez ces dernières, il existe toujours avec l'hypertrophie interne, une hypertrophie externe. Outre que la couche musculaire est toujours ici hypertrophiée et hyperplasiée, il se développe souvent aussi du tissu musculaire en proportion considérable dans l'adventice, il contribue à l'épaississement de cette membrane. Le tissu conjonctif de la couche musculaire annulaire est lui aussi hyperplasié presque dans tous les cas d'hypertrophie interne, et traverse cette couche musculaire en faisceaux de longueur variable. L'hypertrophie de l'élément élastique atteint son maximum, cet élément constitue des membranes volumineuses, dures, et forme non seulement la masse principale de tous les éléments de la paroi mais revêt encore les parties voisines de lamelles élastiques. En un mot, les veines sous-cutanées avec hypertrophies interne et externe, caractérisent le maximum de résistance. Dans la plupart des cas, il y a compensation dans ces veines ; leur lumière est presque toujours très peu dilatée.

Mais il y a aussi des cas dans lesquels la pression du sang l'emporte ; alors la lumière du vaisseau se dilate de nouveau au plus haut point, comme dans les veines à parois minces, le tissu élastique de la couche de nouvelle formation est affaibli, commence à s'atrophier, et à disparaître ; à cette période deux terminaisons sont possibles : il se produit des thromboses dans les veines ou bien leur paroi se rompt en un point. Dans le premier cas, la rupture des veines est évitée ; dans la lumière du vaisseau il se forme un thrombus qui consiste en un caillot sanguin constitué par de la fibrine et des dépôts de leucocytes. Ce thrombus, qui prend la place du courant sanguin, représente une masse inerte ne provoquant plus aucune résistance ; par suite le tissu élastique de la membrane interne disparaît d'abord, ensuite celui de la membrane moyenne et quelquefois aussi celui de l'adventice. Le tissu musculaire de la membrane interne disparaît aussi entièrement, partout où il existait, et ensuite c'est le tour de celui de la couche musculaire annulaire. Même le tissu conjonctif de la couche interne de nouvelle formation est dégénéré, homogénéisé et difficilement colorable ; les noyaux de cette couche sont en quelques points entièrement atrophies et ont disparu ; toute la couche est amincie.

Dans l'autre cas, les parois du vaisseau se rompent en un ou plusieurs points, et les différentes membranes sont soulevées en lamelles. Le sang, qui, après la destruction de la paroi, se trouverait en contact immédiat avec les tissus, est maintenu par un cercle élastique récemment formé autour des portions altérées de la paroi. Il existe par conséquent une espèce de paroi artificielle pour la veine. Mais cette paroi n'offre aucune résistance durable, elle aussi est détruite par la pression

du sang, cède en quelques points et forme des dilatations irrégulières. Toutefois le sang dans sa poussée est encore une fois très rapidement arrêté par un nouveau cercle élastique qui s'est reformé après la rupture du premier. De cette façon, la lumière de ces vaisseaux subit chaque fois une dilatation lente, excentrique et irrégulière, le sang n'est nullement gêné dans sa circulation et il ne se produit par conséquent ni thrombose ni hémorrhagie. Ce processus est en général le même dans toutes les veines; cependant il y a des différences importantes qu'indique l'histologie des veines cutanées et sous-cutanées. C'est ainsi que la résistance plus énergique du tissu dur et riche en élastine de la peau ne permet qu'une déchirure plus lente de la paroi du vaisseau. La lumière qui s'agrandit est immédiatement entourée d'une enveloppe dure, élastique; il ne se forme pas ici, comme dans le tissu sous-cutané, des flots de tissu qui, après la perte de leur tissu élastique, sont entraînés dans la sphère du vaisseau. Après la déchirure de ses parois, le vaisseau se dilate par la formation d'anfractuosités ouvertes et pousse le tissu élastique devant lui, au lieu de traverser et d'envahir le derme. C'est pourquoi l'auteur a choisi pour ces vaisseaux la dénomination de veines minières, *minierende Venen*. Il en est tout autrement de la marche dans le tissu cellulaire sous-cutané relâché et pauvre en élastine qui a déjà, par la présence de son tissu graisseux, une structure en quelque sorte caverneuse; ici le vaisseau prend de l'extension en submergeant des petits flots entiers dont il enlève l'élastine et qu'il s'annexe. Le tissu élastique persiste toujours ici dans la partie externe, tandis que les petits flots dépouillés de leur élastine et inondés de sang, représentent dès le premier moment de la déchirure de la paroi, un véritable tissu caverneux spongieux. On voit que la formation de cavernes ne se produit que dans l'hypoderme; mais on les rencontre aussi, quoique plus rarement et avec une évolution plus lente, dans le derme, quand le tissu élastique y a presque complètement disparu. Le derme se transforme alors, lui aussi, en un tissu mou, spongieux, noir bleuâtre; forme rare de l'ulcère de jambe, qui peut devenir dangereux par suite d'hémorrhagies profuses. On ne peut naturellement les arrêter que très difficilement en raison de l'absence d'une paroi veineuse pouvant se contracter d'une manière normale.

A. DOYON.

Nævus vasculaire. — BURNSIDE FOSTER. Rapid growth of a Nævus vasculosus (*Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1895, n° 3, p. 110).

Il s'agit d'un enfant de 22 mois chez qui un nævus vasculaire de la paupière, visible deux jours après la naissance et gros alors comme une tache lenticulaire, a maintenant envahi un tiers de la face et du cuir chevelu. L'oreille a été en partie détruite par un processus gangréneux. La mère a refusé l'emploi de l'électrolyse qu'on avait proposé dès le début. Il s'ensuit une horrible et incurable infirmité. C'est un exemple de plus prouvant la nécessité d'agir vite et de détruire à leur naissance les nœvi de cette forme.

R. SABOURAUD.

Nævus lipomateux. — G. TH. JACKSON. Nævus lipomatosus; a report of a case (*Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1895, n° 2, p. 66).

Pemphigus vulgaire. — DU MESNIL DE ROCHEMONT. Zur Ätiologie des Pemphigus vulgaris (*Archiv. f. Dermatologie u. syphilis*, 1895, t. XXX, p. 163).

Selon l'auteur, il faudrait réserver le nom de pemphigus pour le tableau morbide bien caractérisé du pemphigus vulgaire et du pemphigus foliacé et désigner simplement comme bulleuses les autres maladies accompagnées de production de bulles.

La nature et l'étiologie du pemphigus est encore très obscure. D'une manière générale deux opinions sont en présence; elles se sont traduites d'une manière caractéristique au neuvième congrès de médecine interne de 1890. L'une admet comme cause des troubles du système nerveux; elle est soutenue par Schwimmer et Ehrmann. D'autres auteurs (Kaposi, Purgecz, Neumann) ont insisté sur la très grande vraisemblance de la nature infectieuse de la maladie. On a regardé en général l'altération pathologique comme une maladie de la peau de nature inflammatoire, contrairement à la théorie d'Auspitz qui n'expliquait le pemphigus que comme un trouble de croissance de la peau, une *akantholyse*.

Autrefois on avait de la tendance à admettre que le pemphigus représentait une maladie des mutations organiques ou que des troubles chimiques et mécaniques de la sécrétion urinaire étaient la cause de cette affection, vu que les matériaux d'excrétion contenus dans le sang étaient éliminés par la peau au lieu de l'être par les reins et provoquaient par irritation les bulles de pemphigus.

Bon nombre d'auteurs admettent la nature infectieuse du pemphigus; selon Kaposi, certains cas, par la soudaineté et la spontanéité de l'éruption et par la marche rapide et délétère, faisaient supposer qu'il s'agissait peut-être d'une maladie infectieuse. Unna, dans son dernier ouvrage, dit que les différentes variétés de pemphigus vulgaire sont vraisemblablement toutes de nature parasitaire et, à en juger par la différence des symptômes cliniques, proviennent de l'invasion de divers microorganismes. Toutefois on a vainement cherché l'agent pathogène dans le contenu des bulles, bien qu'on soit arrivé à quelques résultats partiels.

La plupart des médecins admettent que dans le pemphigus il s'agit en général de lésions ayant leur point de départ dans le système nerveux.

L'auteur publie ensuite cinq cas de pemphigus comme contribution à l'étiologie de cette affection.

Dans les cas I il faut, comme cause étiologique, noter tout d'abord des troubles fonctionnels, une irritabilité excessive du système nerveux central et périphérique. La légère diminution des réflexes rotuliens, la tachycardie paroxystique, en outre un trouble psychique qui présentait surtout les caractères de l'hystérie et plus tard dégénéra en manie avec démence consécutive, tout dans ce cas indique qu'il faut regarder l'éruption bulleuse comme un phénomène partiel du trouble fonctionnel du système

nerveux. Toutefois on ne saurait déterminer s'il s'agit des nerfs vasomoteurs ou trophiques, c'est-à-dire des centres nerveux. L'auteur insiste sur ce que ici, comme d'ordinaire dans le pemphigus, le processus commençait, dans la plupart des bulles, par une rougeur de la peau accompagnée d'une légère sensation de brûlure, ce qui à première vue, indiquerait plutôt un trouble vaso-moteur.

Dans le cas II qui eut une terminaison fatale il y a avant tout lieu de signaler que, à l'autopsie, on constata la présence de pertes circonscrites de l'épithélium dans le gros intestin, lesquelles ressemblaient tellement aux ulcérations de pemphigus qu'on trouve sur les lèvres et la muqueuse palatine que l'auteur n'hésita pas à les regarder comme un pemphigus de la muqueuse intestinale. Ce malade avait eu du reste dans le cours de son affection des hémorrhagies intestinales qui provenaient sans doute de ces ulcères et dont l'apparition coïncidait toujours avec une exacerbation de la fièvre et une nouvelle poussée de pemphigus sur la peau.

Nulle part, on ne trouvait de lésions macroscopiques évidentes ; toutefois, au microscope, on voyait disséminés sans ordre, sur les vaisseaux et dans leur voisinage, dans toute l'étendue de la moelle, mais principalement dans les cordons postérieurs, une prolifération et un épaississement de la membrane interne et de l'adventice, et une tuméfaction des gaines de la moelle des fibres nerveuses qui les limitent. Ces lésions parfois recouvrent entièrement les cylindres-axes gris, ou les font disparaître ; entre eux, on trouve quelques fibres nerveuses totalement dégénérées.

Ces foyers de dégénérescence dans le cerveau et dans la moelle n'ont pas, selon du Mesnil, de rapport étiologique avec le pemphigus ; on les observe chez les alcooliques sans pemphigus, ils procèdent des mêmes causes nocives que l'hépatite interstitielle et la néphrite. Ce malade était un fort buveur.

L'examen microscopique des bulles concorde en somme avec les résultats des recherches d'Unna dans le pemphigus foliacé. Ce n'est qu'en ce qui concerne l'enveloppe des bulles que l'auteur est arrivé à des conclusions différentes. Il a constaté notamment que cette enveloppe est loin d'avoir dans toutes les bulles la même épaisseur, qu'elle est au contraire très variable, suivant la rapidité de croissance de la bulbe, sa localisation et la nature des couches de la peau ; si les couches profondes de l'épiderme ont une perméabilité anormale, ou qu'au contraire les espaces inter-spinaux soient resserrés et résistants, les enveloppes bulleuses tantôt ne sont formées que de la couche cornée, tantôt elles sont constituées encore par des couches plus profondes du réseau. D'autres fois aussi, l'épaisseur est représentée par l'épiderme tout entier jusqu'aux cellules les plus inférieures, ces dernières même peuvent être soulevées, de telle sorte qu'avec la rupture de la bulbe, le véritable chorion est à découvert.

Dans le III^e cas un point intéressant, c'est l'apparition du pemphigus à la suite d'un traumatisme : la malade s'était enfoncée une épine dans le pouce de la main droite, il en résulta un panaris et en apparence une lymphangite qui guérit après de nombreux abcès à l'avant-bras et au bras. Peu après, il survint un pemphigus dans les mêmes points, limité d'abord à ces régions, unilatéral, de telle sorte qu'il n'est pas douteux que

le pemphigus est ici en rapport étiologique avec le traumatisme ; pemphigus traumatique, d'abord en apparence rudimentaire dans ses efflorescences ; il n'est au début question que de taches rouges qui, peu à peu, envahissent tout le corps, et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long qu'elles se transforment en pemphigus foliacé, typique. Le rapport avec le système nerveux est ici incontestable. On n'a pas pu démontrer l'existence des troubles marqués de nature anatomo-pathologique, on est par conséquent obligé d'admettre provisoirement des troubles simplement fonctionnels du système nerveux, des troubles angio ou tropho-névrotiques de la peau provoqués par un traumatisme.

La malade qui fait le sujet du cas IV est une jeune fille très hystérique, présentant tous les stigmates de l'hystérie : accès hystériques typiques, léthargie, paralysie de quelques membres disparaissant de nouveau au bout de peu de temps, hyperesthésies et hyperalgésies. La fonction des vaso-moteurs est aussi notablement altérée. Comme signe de l'irritabilité extraordinaire des vaso-moteurs, il faut signaler la tachycardie paroxystique. On peut regarder comme étant de nature angio-névrotique les rougeurs de la peau qui, au début de la maladie, existaient seules, et plus tard survenaient comme phases préliminaires des bulles. Il y a donc lieu de considérer ce cas comme une vasonévrose de la peau combinée avec de l'hystérie, vasonévrose qui se traduisit ultérieurement par un pemphigus vulgaire typique.

Dans le cas V, il s'agit d'une ouvrière de 29 ans, atteinte de pemphigus vulgaire chronique et non de bulles comme on les voit apparaître chez des hystériques. Les éruptions bulleuses en poussées pendant plusieurs années consécutives, et depuis l'âge de 7 ans, où on ne peut pas encore observer de symptômes véritablement hystériques, l'apparition des bulles même sur les muqueuses, la rougeur de la peau qui précède leur développement, le prurit et la sensation de brûlure, tous ces phénomènes confirment le bien fondé du diagnostic. C'est une malade très nerveuse, comme l'indiquent des anomalies nerveuses de sécrétion (hyperhidrose des mains et des pieds, diarrhées), symptômes hystériques de contracture et de paralysie, troubles très variables de la sensibilité, tout autorise à désigner le cas actuel comme un pemphigus vulgaire hystérique. Mais ce qu'il y a de remarquable chez cette malade, c'est que, par simple suggestion, et surtout par suggestion verbale, on provoque artificiellement, sans irritation quelconque des parties atteintes, des bulles typiques de pemphigus sur les régions les plus différentes du corps. On peut donc conclure que pour la naissance de ces bulles, des influences essentiellement nerveuses jouent le rôle capital, et que dans ce cas, le pemphigus représente certainement une névrose ; toutefois, l'auteur ne saurait dire avec certitude si on a affaire à une vasonévrose ou à une trophonévrose.

A. DOYON.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Anémie syphilitique. — M. J. ZELENÉFF. Un cas de chloro-anémie syphilitique avec œdème sans albuminurie, guéri par le mercure (*Meditzinskoïé Obozrénie*, 1895, n° 2, p. 133).

L'auteur trouve que le mercure est un des meilleurs agents hémato-potétiques (quoique ses effets varient un peu d'un sujet à l'autre) en cas de chloro-anémie syphilitique, même s'il s'y ajoute un autre poison quelconque, la malaria, par exemple, comme chez le malade dont il rapporte l'observation.

Il s'agit d'un soldat de 25 ans, très anémique, ayant eu il y a cinq ans la malaria et il y a quatre ans, des ulcères (tuberculeux?) des jambes.

En mars 1894, douleurs dans les genoux et cous-de-pied, douleurs surtout nocturnes; apparition brusque d'œdème de la face, des membres et du scrotum.

A l'entrée à l'hôpital on trouva des lésions multiples indiquant une syphilis héréditaire certaine. Urines normales. Cœur légèrement hypertrophié.

Ayant fait le diagnostic de chloro-anémie syphilitique avec œdème de même origine et développé chez un paludéen (le malade venait encore d'avoir un accès de fièvre), l'auteur le traita par des injections de benzoate de mercure à 1 p. 100. Au bout de quatre jours déjà l'œdème des jambes a disparu; puis bientôt les douleurs, la gomme qui était à la nuque, les œdèmes multiples, tout a disparu peu à peu, de même que l'anémie et au bout de cinq semaines le malade sortit guéri. L'examen du sang fait avant le commencement du traitement a démontré une diminution du nombre d'hématies, une augmentation de leucocytes et une diminution du taux d'hémoglobine, de la poikilocytose, la polychromatophylie et la déformation des globules. Sous l'influence des injections de mercure (30 en tout) la morphologie du sang est redevenue normale, non seulement au point de vue du nombre des globules, mais aussi au point de vue de leurs qualités. En outre le traitement semble avoir aussi agi sur l'infection paludéenne, puisque les accès ne sont plus revenus. Pour expliquer ce dernier résultat, l'auteur fait deux hypothèses : ou bien le mercure ayant amélioré l'état du sang et par suite la nutrition générale, a permis à l'organisme infecté par le virus syphilitique de mieux lutter contre le poison paludéen, ou bien le mercure a agi sur les deux virus à la fois, mais toujours est-il que le mercure a eu une action très favorable sur la morphologie du sang.

S. BROÏDO.

Hémoglobininurie hérédo-syphilitique. — COURTOIS-SUFFIT. Hémoglobininurie paroxystique essentielle et hérédo-syphilis (*Médecine moderne*, 2 mars 1895, p. 137).

Enfant atteint à l'âge de 2 ans d'une première crise d'hémoglobininurie à la suite d'un refroidissement; pendant deux ans, les crises se repro-

duisent fréquemment pendant l'hiver au moment des plus basses températures extérieures, et finissent par se montrer sans même que l'enfant ait été exposé à l'air.

Antécédents : père syphilitique, mort de paralysie générale; la mère a eu deux premiers enfants mort-nés, le premier à terme couvert de boutons et de taches rouges. L'enfant hémoglobinurique présente comme stigmate d'hérédo-syphilis une hypertrophie du tibia avec épaississement de sa crête antérieure.

Traitement pendant deux mois par les frictions mercurielles et surtout par l'iodure de potassium; diminution considérable de la lésion osseuse; les crises d'hémoglobinurie ne se reproduisent pas pendant un hiver rigoureux, l'enfant présente seulement à deux reprises des crises avortées caractérisées par les symptômes qui accompagnent ordinairement l'accès hémoglobinurique, mais sans hémoglobinurie.

Goetze a publié un cas d'hémoglobinurie chez une enfant de 9 ans présentant des stigmates d'hérédo-syphilis, mais dont les antécédents héréditaires étaient inconnus. Ces faits montrent que la syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, doit être rangée parmi les causes de l'hémoglobinurie paroxystique.

GEORGES THIBIERGE.

Bubons syphilitiques. — F. KOCH. Ueber Bubonuli syphilitici (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1895, t. XXX, p. 343).

En connexion avec l'affection primaire et correspondant au trajet des cordons lymphatiques on voit survenir des nodosités qui peuvent sans qu'il existe de symptômes inflammatoires aigus, s'abcéder et s'ouvrir : « bubonuli syphilitici ».

Dans ces cas les ganglions inguinaux atteints d'une manière spécifique semblent eux aussi avoir une tendance particulière à un ramollissement partiel, sans phénomènes inflammatoires.

Dans les cas que l'auteur a examinés on n'a pas pu démontrer histologiquement que les « bubonuli », c'est-à-dire l'infiltrat spécifique, part des vaisseaux lymphatiques; un rapport avec les vaisseaux sanguins a certainement existé.

Dans ces bubonuli, les altérations histologiques, ainsi que le tableau clinique, présentaient les mêmes caractères que ceux du ramollissement gommeux.

A. DOYON.

Syphilis du sein. — ROUANET. De la mastite syphilitique diffuse chez l'homme (*Mercure médical*, 13 février 1895, p. 73).

L'auteur rapporte trois observations de lésions syphilitiques du sein chez l'homme recueillies à la clinique de M. Audry. Ces lésions se sont montrées respectivement dans les trois cas, 3 ans, 32 ans, 4 mois après le début de la syphilis. Les deux premières observations au moins nous paraissent mériter le nom de gomme du sein plutôt que de mastite syphilitique; les lésions mammaires ont d'ailleurs dans ces deux cas coïncidé avec des gomme d'autres sièges.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilome du chiasma. — CHAS. E. NAMMACK. Syphiloma of optic chiasma producing bilateral temporal hemianopsia (*Medical Record*, 9 février 1895, p. 168).

Malade âgé de 34 ans, venu en février 1894, pour se faire soigner d'une céphalalgie occipitale des plus intenses qui durait depuis vingt jours en augmentant constamment de violence. En octobre 1889, il avait eu un chancre induré pour lequel on l'avait soumis au traitement mercuriel. Six semaines plus tard on le trouva inanimé dans sa salle de bains, et à la suite de cet accident il eut une paralysie du côté droit. Au bout de trois mois il put quitter le lit. Il fut à cette époque soigné par le mercure et l'iodure de potassium.

Le malade continua cette médication jusqu'en décembre 1893, quatre ans après la contamination. Il cessa dès lors de se traiter : quatre semaines après survint la céphalalgie pour laquelle il vint à l'hôpital. A l'examen attentif on ne trouve chez lui que des fissures de la langue semblant provenir d'une syphilis ancienne ; un peu de tendance à la perte de l'équilibre quand on lui fait fermer les yeux, et un léger vacillement à gauche quand il marche ; de l'exagération du réflexe patellaire, de l'abolition de l'impresion lumineuse dans toute la partie externe de la rétine des deux côtés d'une manière absolument symétrique. On porta le diagnostic de gomme du chiasma ; on prescrivit des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, et le 19 novembre 1894 on constata que la vue était redevenue normale.

L. B.

Syphilis et paralysie générale. — RÉGIS. Syphilis et paralysie générale.

Deux nouveaux cas de paralysie générale infantile avec syphilis héréditaire (*Mercredi médical*, 22 mai 1895, p. 241).

I. — Garçon de 17 ans ; début de la paralysie générale à 12 ans par une attaque d'apoplexie. Antécédents : la mère a eu 5 mort-nés sur 6 grossesses, le malade n'a jamais subi de traumatismes crâniens, ni de maladies graves, sauf divers accidents suppuratifs, notamment derrière l'oreille droite et sur l'œil gauche qui garde des traces manifestes de kératite ulcéreuse ; pas de folie chez les ascendants. Le père a eu un chancre, peut-être syphilitique, sur la verge, il y a vingt-cinq ans.

II. — Fille de 17 ans ; début des troubles psychiques à 14 ans, au moment de la puberté. Antécédents : la mère, morte phthisique à 42 ans, avait eu plusieurs fausses couches et plusieurs enfants morts en bas-âge. Le père a eu, un an avant son mariage, un chancre induré, suivi de bubon, d'angine, d'éruptions, d'alopécie, et traité pendant plusieurs mois par la médication spécifique.

Les pères de ces deux malades présentaient l'un et l'autre des symptômes multiples d'un état cérébral voisin de la paralysie générale qu'on ne peut guère attribuer qu'à la syphilis, l'alcoolisme n'existant que chez l'un d'eux.

GEORGES THIBIERGE.

Tabes. — EDMOND FOURNIER. Ulcérations symétriques de la face dorsale des pieds évoluant dans la période préataxique du tabes et révélant un tabes jusque-là méconnu (*Presse médicale*, 25 mai 1895, p. 193).

Homme de 45 ans, ayant eu la syphilis à l'âge de 24 ans ; depuis trois mois, ulcérations symétriques mesurant à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs, siégeant à la face dorsale de la tête du premier métatarsien, superficielles, presque de même niveau que les parties adjacentes ; ces ulcérations à fond lisse, uni, d'un rouge un peu foncé, saignant assez facilement, ont succédé à des ampoules et sont remarquablement indolentes. Pas de glycosurie ; myosis double, signe d'Argyll Robertson, quelques crises très passagères de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, signe de Romberg, envies fréquentes et impérieuses d'uriner, impuissance à peu près absolue, un certain degré d'analgésie dans toute la moitié droite du corps, exagération morbide des réflexes rotuliens.

GEORGES THIBIERGE.

Tabes syphilitique. — L. DARKSCHEVITSCH. Un cas de neurotabes syphilitique (*Vratsch*, 1895, n° 4-7, p. 87, 122 et 153).

Le professeur Darkschevitch est d'accord avec les professeurs Fournier et Erb sur l'origine syphilitique du tabes ; il a rapporté l'année passée à la Société médicale de Kazan, quelques observations cliniques qui permettent de suivre pas à pas le passage de la syphilis au tabes. Pour lui, les névralgies de la période préataxique ne sont autre chose que des névrites syphilitiques périphériques des nerfs sensitifs. Cette névrite aboutit à la dégénérescence de l'origine du nerf dans les cordons postérieurs. L'observation rapportée aujourd'hui par l'auteur sert à illustrer cette théorie.

Il s'agit d'un malade âgé de 24 ans, syphilitique depuis quatre ans, ayant été traité par des frictions. Après trois ans de santé satisfaisante, il présenta tout d'un coup des troubles divers rappelant l'ataxie locomotrice : douleurs fulgurantes, troubles de sensibilité, ataxie, diminution de l'acuité visuelle et atrophie de la papille du nerf optique gauche, perte du réflexe rotulien, incontinence de l'urine, impotence sexuelle. Malgré la présence de ces signes et en raison de leur rapide développement (en quatre mois) l'auteur rejette l'idée d'un tabes proprement dit et admet qu'il s'agit d'une polynévrite aiguë laquelle présente les mêmes troubles sensitifs, par suite d'irritation des nerfs périphériques, la perte des réflexes et l'ataxie par suite de diminution du sens musculaires ; les troubles oculaires s'expliquent par la névrite du nerf optique. On est donc en présence d'un tableau clinique qui est celui du tabes, mais sans qu'il y ait les mêmes lésions anatomiques. Mais même dans l'ataxie locomotrice vraie la lésion des cordons postérieurs n'est qu'une des nombreuses altérations nerveuses qu'on trouve dans cette maladie. Elle ne constitue donc nullement à elle seule tout le fond de l'ataxie, et cette lésion des cordons postérieurs doit être considérée comme d'ordre secondaire. Les phénomènes d'atrophie du nerf optique et les douleurs fulgurantes sont dus à la polynévrite péri-

phérique qui aboutit à la lésion centrale. Ne se croyant pas encore autorisé à nier la possibilité d'une lésion centrale primitive dans le tabes, l'auteur croit cependant pouvoir affirmer que dans bon nombre des cas le tabes est d'origine périphérique. M. Déjerine a démontré que la dégénérescence des cordons postérieurs est consécutive à la dégénérescence des racines postérieures. M. Darkschevitch va plus loin et admet, en se basant sur ses recherches, que la dégénérescence des racines est consécutive à celles des nerfs périphériques.

Si l'on considère le tabes comme une polynévrite, il n'y a pas lieu de s'étonner de la dégénérescence des cornes antérieures qui n'est plus une complication accidentelle, mais la conséquence directe de la polynévrite. De même les diverses névrites considérées jusqu'ici comme complications du tabes, n'en sont en réalité que le point de départ.

Dans le cas présenté par l'auteur, il ne s'agit donc pas de pseudo-tabes, mais de tabes vrai à marche rapide. Il serait plus exact d'appeler le tabes vrai neurotabes périphérique chronique, et les cas analogues à celui dont l'auteur rapporte le cas neurotabes périphérique aigu. Quant à la syphilis, elle joue un rôle important dans l'étiologie du tabes; maladie essentiellement chronique, elle donne le plus souvent lieu à une polynévrite chronique syphilitique mais qui amène consécutivement des lésions cérébro-médullaires qui ne sont pas syphilitiques. Ces considérations sont très importantes au point de vue thérapeutique: lorsque l'affection est encore au stade de névrite elle est curable; elle ne l'est plus dès que les cordons sont atteints. Il faut donc instituer le traitement spécifique dès que se rencontrent les premiers symptômes de névrite; douleurs rhumatoïdes vagues, douleurs fulgurantes, exagération et surtout diminution des réflexes. Cette polynévrite se développe souvent quand il n'y a plus trace de syphilis; il n'est cependant pas rare de le voir apparaître au commencement de la deuxième et même à la fin de la première année de la syphilis.

S. BROÏDO.

Traitement de la syphilis. — GRIVTZOFF (*Supplément méd. des Arch. Nav. russes*, 1894).

L'auteur n'institue le traitement spécifique qu'après l'apparition des phénomènes secondaires, alors que les lésions ont une tendance à la résolution spontanée. Le traitement antisiphilitique précoce, dès l'apparition du chancre induré, n'a pas d'action abortive sur la maladie et contribue au contraire à l'aggravation des manifestations secondaires. S. BROÏDO.

POPOFF. Sel de Borjome (Caucase) contre la syphilis. (*Roussakaïa medicina*, 1894, n° 43-44).

En Russie, les syphilitiques sont souvent envoyés aux eaux minérales du Caucase. Depuis 1883 on a commencé à préparer le sel de Borjome. Il contient :

Bicarbonat de soude.....	90,60	0/0
Chlorure de sodium.....	6,49	—
» de potassium.....	0,73	—
Eau.....	2,10	—

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Par l'administration concomitante d'une solution de sel de Borjome et d'iodure de sodium, les résultats ne sont pas inférieurs à ceux obtenus par les eaux d'Essentouki (Caucase), Vichy, etc. ; dans quelques cas, ils sont même meilleurs. Là où ces eaux sont restées inefficaces, le sel de Borjome a parfois donné des résultats excellents.

2° L'action adjuvante du sel de Borjome consiste à diminuer les troubles gastriques provoqués par l'iodure de sodium.

3° Ce sel aide à l'absorption de l'iode et contribue en même temps à faciliter les échanges nutritifs.

4° Son emploi est surtout indiqué chez les malades qui ont déjà des renvois, la sensation de pesanteur à l'estomac.

5° Les pastilles aromatisées de ce sel masquent le goût d'iode, ce qui est très important pour le malade.

6° Il vaut mieux commencer l'administration de ce sel dès le début de la prescription de l'iodure de sodium. S. BROÏDO.

BOGOLIOUBOFF. Distribution du mercure dans les organes dans le traitement mercuriel (*Suppl. méd. des Arch. Navales russes*, 1894).

L'auteur a déterminé la teneur en mercure de différents organes, quel que soit le mode d'introduction du mercure dans l'organisme. Il résulte de ses recherches que la plus grande quantité du mercure se trouve dans les organes parenchymateux : foie, rein, et est en raison directe de la quantité de sang contenu dans ces organes. Viennent ensuite les autres glandes et les ganglions. Aussi faut-il se garder d'administrer le mercure aux malades atteints de lésions chroniques des organes parenchymateux.

Les systèmes musculaires et nerveux contiennent peu de mercure. La quantité la plus minime s'accumule dans les os, les cartilages et les cheveux. S. BROÏDO.

Bains sulfureux et frictions mercurielles. — GRABOWSKI. Ein Beitrag zur Frage über den gleichzeitigen Gebrauch der Schwefelbäder und der Inunctionscur nebst experimentellen Untersuchungen. (*Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 187).

L'auteur a fait des recherches expérimentales chez l'homme et les animaux. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

Le sulfure de mercure qui se forme après les frictions sous l'influence de l'hydrogène sulfuré contenu dans les bains sulfureux est résorbé ; incorporé dans une pommade et employé en friction ou injecté sous forme d'émulsion dans les couches musculaires il a la même action spécifique que les frictions d'onguent gris ou que les injections intra-musculaires de calomel et d'oxyde jaune de mercure.

Dans les bains sulfureux la résorption du mercure est aussi rapide que sans ces bains ; les cas de mercurialisme léger sont très fréquents (90 p. 100). La plupart des cliniciens les plus éminents considère comme avantageuse une cure ainsi combinée, il ne saurait donc être question de la diminution

ou de la suppression complète de l'action du mercure par un bain sulfureux au sens thérapeutique ; il y a toutefois transformation d'une partie du mercure déposé à la surface de la peau en la préparation qui agit plus lentement.

Une cure syphilitique spécifique combinée avec des bains sulfureux a un avantage incontestable sur une cure sans bains sulfureux, car elle permet d'introduire dans l'organisme des quantités plus considérables de mercure ; de plus le mercure rend le virus inoffensif et des proportions plus grandes de ce dernier sont éliminées avec le mercure ; les bains sulfureux activent les mutations organiques et écartent ainsi les anomalies constitutionnelles qui procèdent d'une diminution des échanges nutritifs et exercent une influence fâcheuse sur la marche de la syphilis et sur le traitement.

Une cure de frictions faite convenablement avec la dose ordinaire d'onguent gris, pas plus forte, est une condition de succès du traitement de la syphilis dans les bains sulfureux.

Les expériences de l'auteur et les considérations ci-dessus n'ont pas pour but de proclamer la supériorité des bains sulfureux sur les autres bains dans le traitement mercuriel de la syphilis ; il a voulu seulement démontrer que l'idée de l'inutilité du traitement de la syphilis dans les bains sulfureux en raison de la formation du sulfure de mercure insoluble repose sur des suppositions inexactes et qu'une étude sérieuse de la question montre qu'elle ne correspond pas aux faits et ne saurait constituer une objection autorisée à ce traitement combiné.

A. DOYON.

NOUVELLES

CONGRÈS ALLEMAND DE DERMATOLOGIE

Le congrès s'est réuni à Gratz du 23 au 25 septembre 1895.

Le programme était très chargé. Outre les rapports annoncés : 1° la question du pemphigus, 2° la syphilis tertiaire, de nombreuses communications ont été faites :

BUSCHKE : *Pathogénèse des bubons vénériens*. — CASPARY : *Genèse de la syphilis héréditaire*. — ELSCHNIG : *Présentation d'un cas d'hæmangioendothélioma tuberosum multiplex*. — GOLZ : *Emploi simultané des bains sulfureux et des cures de frictions*. — JADASSOHN : 1° *Immunité et superinfection dans la blennorrhagie* ; 2° *Les verrues dures sont-elles contagieuses ?* 3° *Exanthèmes médicamenteux*. — JADASSOHN et RAFF : *Discussion sur la syphilis héréditaire*. — JANOWSKY : *Nouvelles contributions à l'endoscopie de l'urèthre de la femme*. — JARISCH : *Présentation de psorospermies de la maladie de Darier*. — KRAUS : *Altérations pathologiques de la peau de la face dans la gliose bulbaire*. — KRÖSING : *Études sur le trichophyton*. — LANG : *Lupiques opérés*. — LEDERMANN : *Histologie de la dermatite papillaire du cuir chevelu*. — MRACEK : *Tuberculose de la peau*. — NEISSER : *Eczéma mercuriel, etc., etc.*

M. le professeur JARISCH, a présenté un grand nombre de cas rares et instructifs.

Dimanche. — Réception des membres du congrès.

Lundi. — Le professeur Jarisch reçoit ses confrères au Hilmteich, de 4 à 7 heures, musique militaire. Le soir théâtre à 7 h. 1/2.

Mardi. — Banquet au Schlossberg.

Mercredi. — Promenade dans les environs de Gratz. Collation d'adieu à Judendorf près Gratz.

Jeudi. — Excursion de toute la journée à la montagne du Schökel.

Ce programme ne nous étant parvenu qu'avec le dernier numéro des *Archives f. Dermatol. u. Syphilis*, il a été impossible de le publier dans le précédent numéro des Annales.

A. D.

Le Gérant : G MASSON.



Fig. 1



Fig. 2

50

